

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

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

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“SOLEDAD, AISLAMIENTO Y HABILIDADES SOCIALES EN ESTUDIANTES
DE SECUNDARIA DEL DISTRITO DE MIRAFLORES”**

**TESIS PRESENTADA POR LOS
BACHILLERES:**

**CHAMBI LARICO, Guido Alberto
VILLANUEVA JUNCO, Nadia Varani**

Para optar el título Profesional de Psicólogos

AREQUIPA-PERU

2018

“Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la electricidad y la energía atómica: la voluntad”.

Albert Einstein

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía y soporte espiritual.

A mi madre María Isabel Larico Calloapaza que en paz descanse, por ser la referente y la persona que me inspira a creer que si se puede, y por qué sé que aunque no esté presente en vida, está en los momentos más difíciles, desde aquí gracias por confiar en mí, madre querida.

A mi Padre, Hipólito Chambi Laura, por estar en los momentos más importantes de mi vida, gracias por tu rigor y paciencia, por enseñarme el camino de la vida, gracias por tus consejos, por el amor que me has dado y por tu apoyo incondicional.

A mi familia por ser la razón de todo.

Guido Alberto Chambi Larico

A Dios,
por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se me presentaron.

A mi mamá Carmencita
Quien siempre confió en mí y nunca dejó de alentarme en cada paso de mi vida y que ahora desde el cielo es quien guía mi camino.

A mis padres y hermanos por su cariño y apoyo incondicional.

A mí querido esposo Víctor quien está siempre a mi lado, como un tronco fuerte que no me deja caer en los momentos más difíciles

A mi pequeña Sofía quien me ha enseñado a valorar cada momento de la vida y más aun el significado de la familia.

Nadia Varani Villanueva Junco

AGRADECIMIENTO

No queríamos comenzar el desarrollo de esta investigación sin expresar nuestro más profundo agradecimiento a las siguientes personas e instituciones que con su atención, dedicación y apoyo, han contribuido a la realización de esta tesis.

En primer lugar a Dios, por bendecirnos en este largo camino y por qué hiciste realidad este sueño anhelado. A la UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA, y al cuerpo docente que la conforma, por permitirnos recibir aprendizajes y experiencias valiosas que siempre perduran en nuestras vidas.

Agradecer a las instituciones educativas, por su valiosa colaboración en la realización y desarrollo de esta investigación.

Un agradecimiento también a todas las personas que de una manera u otra se sientan o sean partícipes de la realización de esta tesis.

PRESENTACIÓN

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

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA.

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO.

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR.

Cumpliendo con las normas lineamientos del reglamento de grados académicos y títulos profesionales de la facultad de Psicología, Relaciones Industriales y ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, presentamos a vuestra consideración la tesis titulada “**Soledad, Aislamiento y Habilidades Sociales en Estudiantes de Secundaria del Distrito de Miraflores**”, trabajo que al ser evaluado y aprobado nos permitirá optar por el título profesional de Psicólogos.

Bachilleres:

CHAMBI LARICO, Guido Alberto

VILLANUEVA JUNCO, Nadia Varani

Arequipa, Abril del 2018

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación existente entre aislamiento, soledad, y el nivel de Habilidades Sociales en estudiantes de educación básica regular del nivel secundario; los cuales fueron 136 estudiantes de ambos sexos con edades oscilantes entre los 11 y 16 años, con un nivel socioeconómico de medio a bajo, pertenecientes a las Instituciones Educativas “El gran amauta y Francisco Javier de luna Pizarro. Fue un diseño no experimental transversal correlacional/causal. Se utilizó el Cuestionario de Aislamiento y Soledad (CAS) creado por María Martina Casullo (1996); posee una validación a partir de la técnica de test-retest, (Soledad $\alpha = .81$ y Aislamiento $\alpha = .83$). la Batería de Socialización – BAS-3, en una muestra de 210 casos, los resultados de la correlación que se obtuvieron aplicando la BAS-3 y a las dos semanas el CES, sin conocer resultados previamente del primer test, fueron: Índices de correlación entre las pruebas BAS-3 y la dimensión de RELACIONES del CES, en adolescentes de 12 y 14 años de edad; además de un cuestionario sociodemográfico para determinar los niveles socioeconómicos de los participantes. Con respecto a los resultados, se halló que tanto varones como mujeres presentan niveles altos de habilidades sociales, mientras que en la variable de Aislamiento y Soledad no se observa un resultado significativo. Sin embargo, en la dimensión Consideración con los demás, se afirma que aquellos estudiantes con experiencias intensas de sentimiento de soledad son menos Considerados con sus pares, así mismo se correlaciona con una falta de Autocontrol confirmando una relación inversamente proporcional entre las variables de soledad, aislamiento y habilidades sociales.

PALABRAS CLAVE: Soledad, Aislamiento, Habilidades sociales.

ABSTRACT

The aim of the research was to analyze the relationship between isolation, solitude, and the level of Social Skills in students of regular basic education at the secondary level; which were 136 students of both sexes with ages ranging between 11 and 16 years, with a socioeconomic level of medium to low, belonging to the Educational Institutions "El gran amauta and Francisco Javier de Luna Pizarro. It was a non-experimental cross-correlational / causal design. The Isolation and Solitude Questionnaire (CAS) created by María Martina Casullo (1996) was used; it has a validation based on the test-retest technique (Soledad $\alpha = .81$ and Isolation $\alpha = .83$). Socialization Battery - BAS-3, in a sample of 210 cases, the results of the correlation obtained by applying the BAS-3 and two weeks after the CES, without knowing the results of the first test, were: Correlation indexes between the BAS-3 tests and the RELATIONSHIP dimension of the CES, in adolescents of 12 and 14 years of age; in addition to a sociodemographic questionnaire to determine the socioeconomic levels of the participants. With respect to the results, it was found that both men and women have high levels of social skills, while in the variable of Isolation and Solitude no significant result is observed. However, in the Consideration with others dimension, it is stated that those students with intense feelings of loneliness are less considerate with their peers, likewise it correlates with a lack of self-control confirming an inversely proportional relationship between the variables of loneliness, isolation and social skills.

KEYWORDS: Loneliness, Isolation and Social skills.

INDICE

EPIGRAFE	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
PRESENTACION	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INDICE.....	vii
LISTA DE TABLAS	xii
LISTA DE GRAFICAS.....	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv

CAPITULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1.- Planteamiento del problema.....	1
2.- Objetivos	3
3.- Hipótesis	3
4.- Variable e Indicadores	4
5.- Justificación	5
6. Antecedentes de Investigación	8
7. Limitaciones del Estudio.....	11
8. Definición de términos	11

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1. HABILIDADES SOCIALES Y SOLEDAD EN ADOLESCENTES.....	13
1.1. HABILIDADES SOCIALES:.....	13
1.2.HABILIDADES SOCIALES Y SU IMPORTANCIA	14
1.3. LAS HABILIDADES SOCIALES Y SU FUNCION.....	16
1.4. CARACTERÍSTICAS DE LAS HABILIDADES SOCIALES	17
1.5. TIPOS DE HABILIDADES SOCIALES	17
A) Primeras habilidades sociales:	
B) Habilidades sociales avanzadas	
C) Habilidades para manejar sentimientos	
D) Habilidades alternativas a la agresión	
E) Habilidades para el manejo de estrés	
F) Habilidades de planificación	
1.6.HABILIDADES SOCIALES Y SUS DIMENSIONES	19
A) Dimensión ambiental	
B) Dimensión personal	
a. Factores constitucionales	
b. Factores psicológicos	
c. Aspectos conductuales	
2. SOLEDAD	23
2.1.CARACTERISTICAS	27
2.2. NIVELES DE VALORACIÓN.....	28
2.3. CAUSAS QUE LLEVAN A LA SOLEDAD	28
A. Factor Social	
B. Factor Familiar	
a. Extensa	
b. Nuclear	
c. Monoparental	
d. Neo familia	
3. AISLAMIENTO	33
3.1.CARACTERISTICAS DEL AISLAMIENTO	34
3.2.MODO DE VIDA DEL AFECTADO	36
3.3.AISLAMIENTO EN VARONES Y MUJERES	38

A. Aislamiento en varones	
B. Aislamiento en mujeres	
4. LA ADOLESCENCIA	39
4.1.ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.....	39
A) Adolescencia Temprana (De Los 10 A Los 14 Años)	
B) Adolescencia Tardía (De Los 15 A Los 19 Años)	
4.2.CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA	41
A) Búsqueda de identidad	
B) Identidad Frente A La Confusión De La Identidad:	
C) Inserción De La Comunidad	
D) Desarrollo Sexual Del Adolescente	
E) Identidad Sexual	
F) Egocentrismo Racional	
4.3.AMBIENTE SOCIAL DEL ADOLESCENTE	44
A) Los Amigos Y Enemigos	
B) Desarrollo Afectivo	
C) Desarrollo Social	
D) Desarrollo De La Personalidad	
4.4.PROBLEMAS DE LA ADOLESCENCIA	48
A) Las Tensiones Internas	
B) Disolución De La Identidad Infantil	
4.5.EL ADOLESCENTE EN LA FAMILIA.....	49
A. Búsqueda de la autonomía	
B. Influencias familiares sobre el desarrollo social	
C. Desarrollo del autoconcepto.	
D. Autoestima durante los años de la adolescencia	

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO /DISEÑO / O MÉTODO	54
2. SUJETOS	55
3. MATERIALES E INSTRUMENTOS.....	56
4. RECOLECCIÓN DE DATOS	63
5. ANALISIS E INTERPRETACION.....	63
6. PROCEDIMIENTO	63

CAPITULO IV

RESULTADOS

Resultados De La Investigación.....	65
-------------------------------------	----

CAPITULO V

DISCUSIÓN	84
CONCLUSIONES	87
RECOMENDACIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	89

ANEXOS	95
--------------	----

CUESTIONARIO DE SOLEDAD Y AISLAMIENTO

BATERÍA DE SOCIALIZACIÓN BAS-3

VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTOS

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1 CONSIDERACIÓN CON LOS DEMÁS SEGÚN SEXO.....	66
TABLA N°2 AUTOCONTROL EN RELACIONES SOCIALES SEGÚN SEXO.....	68
TABLA N°3 RETRAIMIENTO SOCIAL” SEGÚN SEXO.....	70
TABLA N°4 ANSIEDAD SOCIAL Y TIMIDEZ SEGÚN SEXO.....	72
TABLA N°5 LIDERAZGO” SEGÚN SEXO.....	74
TABLA N°6 NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES SEGÚN SEXO	76
TABLA N°7 AISLAMIENTO SEGÚN SEXO.....	78
TABLA N°8 SOLEDAD SEGÚN SEXO.....	80
TABLA N°9 CORRELACIÓN DE SOLEDAD Y HABILIDADES SOCIALES.....	82
TABLA N°10 CORRELACIÓN DE AISLAMIENTO Y HABILIDADES SOCIALES.....	83

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO N°1 CONSIDERACIÓN CON LOS DEMÁS” SEGÚN SEXO.....	67
GRAFICO N°2 AUTOCONTROL EN RELACIONES SOCIALES SEGÚN SEXO.....	69
GRAFICO N°3 RETRAIMIENTO SOCIAL” SEGÚN SEXO.....	71
GRAFICO N°4 ANSIEDAD SOCIAL Y TIMIDEZ SEGÚN SEXO.....	73
GRAFICO N°5 LIDERAZGO” SEGÚN SEXO.....	75
GRAFICO N°6 NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES SEGÚN SEXO	77
GRAFICO N°7 AISLAMIENTO SEGÚN SEXO.....	79
GRAFICO N°8 SOLEDAD SEGÚN SEXO.....	81

INTRODUCCIÓN

La investigación propuesta tiene como fin primordial dar énfasis a la relación existente entre los sentimientos de soledad y aislamiento en relación al nivel de habilidades Sociales en los estudiantes de las Instituciones Educativas de nivel secundario del distrito de Miraflores - Arequipa.

Considerando que, actualmente enfermedades mentales como la depresión y conductas antisociales en la población joven han ido incrementándose, según las estadísticas.

Esta problemática corresponde ser abordada desde el punto de vista de la Psicología como ciencia; siendo compromiso para con la sociedad, crear nuevas herramientas personales para afrontar los nuevos fenómenos que acaecen de manera negativa a la sociedad, entre los cuales estarían la delincuencia, el pandillaje, la violencia de género, los asesinatos, etc. Que sin llegar tan lejos para encontrar las causales, estando entre las más relevantes, las formas empleadas por personas para relacionarse con su medio social. Siendo de manejo popular que los seres humanos dirigen su comportamiento hacia la satisfacción de sus necesidades. Dichas formas dependerán mucho de cuál sea la personalidad de cada sujeto, incluidos los métodos utilizados por estos para conseguirlos.

Generalmente cuando no se halla la manera adecuada para responder ante situaciones adversas, personas con escasos recursos psicológicos, optan por la manera más fácil e

inmediata de actuar, habiendo una predominancia de caracteres primarios propios e impersonales.

Las habilidades sociales, son comportamientos sociales aprendidos, necesarios para realizar una tarea de índole interpersonal; que expresan sentimientos , aptitudes, deseos, opiniones o derechos del sujeto de un modo adecuado a la situación y que tal interacción debe ser mutuamente satisfactoria (Caballo,2000; Monjas Casares, 2000). Siguiendo a León Rubio y Medina Anzano (1998) se puede afirmar que a carencia de habilidades sociales promueve en el sujeto el empleo de estrategias inadecuadas para la resolución de temas y problemas de la vida cotidiana, generalmente de carácter social.

Entre las disfunciones en las habilidades sociales en la adolescencia se destacan el comportamiento de soledad y aislamiento si bien la soledad pareciera ser una experiencia universal es difícil de definir y cuantificar. (Carvajal-Carrasco y Caro Castillo,2009). La soledad seria entonces una reacción cognitiva y afectiva frente a la perdida de lazos. (Cuny,2001).

La soledad es importante factor de riesgo que se asocia con morbilidad (Caccioppo, Hawkley y Berntson, 2003; Lauder, Sharkey y Mummery, 2004). Su presencia se vincula con trastornos cardiovasculares, de alimentación, de sueño, y en el plano de la salud psíquica se asocia a depresión, suicidio y abuso de sustancias.

La soledad se presenta entonces como fenómeno multidimensional que varía en intensidad, causas y circunstancias y que se presenta en diversas edades, nivel socioeconómicos, estado civil o género (Carvajal-Carrasco y Caro Castillo,2009).

Es así como en la actualidad se ha producido en los individuos, especialmente en las grandes ciudades, un incremento del aislamiento social y de la experiencia de soledad.

Resulta complicado delimitar el ámbito de impacto que tendría nuestra investigación, si es que no se toman medidas maximales por parte de las instituciones regentes actualmente en nuestra sociedad. Sin embargo con anteriores investigaciones se ha demostrado la enorme influencia que constituyen el aislamiento y la soledad en el origen de conductas antisociales; las cuales a su vez, son características importantes de conductas delincuenciales.

Para tal propósito se dispondrá a trabajar con los datos brindados por estudiantes adolescentes de secundaria con edades comprendidas entre los 11 a 16 años, dichos estudiantes pertenecerán a Instituciones educativas de nivel secundario del distrito de Miraflores - Arequipa, los datos a recolectar serán los referidos a que nivel de sentimientos de soledad y tendencia al aislamiento están experimentando dichos adolescentes, además de ello se obtendrán datos acerca del nivel de Habilidades Sociales con los que cada uno de desenvuelve en el medio al cual pertenecen.

Con los resultados se espera contribuir a conocer un poco más sobre los problemas que aquejan a los adolescentes en su desarrollo psicosocial. La investigación está estructurada cinco (5) capítulos como se describe a continuación.

En el capítulo I. el problema de investigación, contiene el planteamiento del problema, los objetivos, general y específicos de la investigación, hipótesis, variables e indicadores, justificación

En el capítulo II. Marco teórico, presenta las bases teóricas que sirvieron de soporte al estudio, se comienza con los conceptos de habilidades sociales y soledad en adolescentes para luego hablar del aislamiento.

En el capítulo III. Marco metodológico: señala el nivel y diseño de la investigación, la población objeto de estudio, las técnicas e instrumentos de recolección de datos y las técnicas de procesamiento y análisis de datos. Esta investigación es de tipo cuantitativo, tiene un diseño transversal en el que se recolectaron datos en un solo momento y en tiempo único. El método usado fue descriptivo correlacional, de tal manera que la soledad, aislamiento y habilidades sociales fueron correlacionadas en los estudiantes de I.E. del nivel secundario del distrito de Miraflores.

En el capítulo IV. Análisis e interpretación de los resultados, presenta los resultados obtenidos, los respectivos análisis o interpretaciones de los mismos. Finalmente en el

Capítulo V. se presentan las conclusiones, discusión, recomendaciones y bibliografía correspondiente.

CAPITULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La investigación de Habilidades Sociales en la adolescencia ha cobrado particular interés en las últimas décadas al comprobarse su estrecha vinculación con la calidad de vida y la salud en un sentido integral. Los adolescentes actualmente expresan un sentimiento cada vez más profundo de aceptación por parte de grupos sociales, en este mundo donde la competencia y la necesidad de trabajo han quitado tiempo a los padres, tiempo restado también para los adolescentes. Como resultado de este distanciamiento familiar, las Habilidades Sociales. Conforman un pilar fundamental para el desarrollo normal del adolescente y consecuentemente el de la sociedad.

La necesidad de ser aceptado por los amigos y el resto del entorno social a menudo se manifiesta cada vez con mayor intensidad en los jóvenes. Ellos al encontrarse con obstáculos para relacionarse con los demás optan por una actitud de evitación ante el contacto interpersonal ya que temen el rechazo, manteniendo su distancia y no confiar en la amistad. En la etapa de la adolescencia el modo de pensar es rebelde e independiente. Tienen la concepción de ser diferente y entender que las personas allegadas no la aceptan con sus ideas

propias. Los jóvenes alimentan el sentimiento de incomprensión y resentimiento hacia los demás, Lo cual lleva al distanciamiento físico y emocional.

La Psicóloga mexicana Julianne Holt- Lunstad presentó los resultados de dos grandes metanálisis sobre la conectividad entre la soledad y la mortalidad prematura en la 125 Convención Anual de la ASOCIACIÓN Americana de Psicología.

“Hay evidencia sólida de que el aislamiento social y la soledad aumentan significativamente el riesgo de mortalidad prematura y la magnitud del riesgo supera muchos indicadores de salud líderes”.

Siendo que de este informe se extrae el equipo encargado de la investigación logró cuantificar la diferencia entre personas socialmente aisladas y aquellas con relaciones más fuertes. Aquellos con fuertes relaciones sociales eran 50% más propensos a sobrevivir más tiempo que los que estaban aislados.

La necesidad de generar nuevas investigaciones respecto al tema, se hace evidente, ya que autoridades sean políticas, institucionales o académicas desconocen las razones por las cuales aparecen conductas inadaptadas en los diferentes ambientes sociales. En tal sentido se ha podido observar que si bien han surgido diversas investigaciones en otros países, caso contrario sucedido en nuestra medio nacional y más aún en nuestro medio regional.

Por eso es que con esta investigación se busca determinar la relación existente de los déficits de Habilidades Sociales, con el aislamiento y soledad en adolescentes participantes, con la finalidad de que las instituciones educativas, padres de familia, organizaciones sociales, etc. Puedan promover actividades de prevención y orientación al desarrollo de Habilidades Sociales mutuamente satisfactorias.

Preguntas de Investigación

Al presentar este trabajo se pretende responder a los siguientes cuestionamientos:

¿Existe alguna relación entre los sentimientos de aislamiento-soledad y el nivel de Habilidades Sociales en estudiantes de educación secundaria?

2.- OBJETIVOS

A. Objetivo General

- a) Analizar la relación existente entre aislamiento, soledad, y el nivel de habilidades sociales en estudiantes de educación básica regular

B. Objetivos Específicos

- a) Determinar el nivel de habilidades sociales en los estudiantes de educación secundaria.
- b) Determinar el nivel de prevalencia de sentimientos soledad y aislamiento en estudiantes de educación secundaria.
- c) Determinar si la prevalencia de sentimientos de soledad y aislamiento en estudiantes varones se da en la misma proporción que en estudiantes mujeres.

3.- HIPÓTESIS:

- La falta de habilidades sociales causa la aparición del sentimiento de soledad y aislamiento en los adolescentes de educación secundaria de condición socioeconómica baja.

4.- VARIABLES E INDICADORES

	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVEL DE MEDICION
PRINCIPAL	Habilidades Sociales	Aspecto Interpersonal	-Autocontrol -Asertividad -Comunicación	Alto Medio Bajo
		Aspecto intrapersonal	Toma de decisiones	Alto Medio Bajo
SECUNDARIA	Soledad	Depresión	- Afinidad - Aversión - Aislamiento	Alto Medio Bajo
	Aislamiento	Retraimiento	-Aislamiento interpersonal -Aislamiento intrapersonal	Alto Medio Bajo
INTERVINIENTE	Factores sociodemográficos	Edad	11-16 años	
		Sexo	-Masculino -Femenino	
		Zona	Urbano marginal	

5.- JUSTIFICACION

La adolescencia es una etapa del desarrollo marcada por importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Estos cambios implican el potencial para lograr una mayor autonomía mediante las habilidades sociales, que pueden llevar a un crecimiento personal en muchos aspectos, ya que es en esta etapa en donde el adolescente desarrolla su personalidad, tienen la necesidad de alejarse del núcleo familiar y ser ellos mismos. Las amistades cobran mayor importancia, tener buenas capacidades sociales, va a contribuir a su bienestar y les servirá de base para su desenvolvimiento. Las habilidades sociales juegan un papel muy importante para la aceptación social del adolescente.

Durante la adolescencia, los amigos, cumplen con la función de socialización, se convierten en un medio para aprender habilidades sociales y juegan un papel importante en la búsqueda del conocimiento y la definición de él mismo. Los amigos son fuente importante de compañía y recreación, así mismo intervienen directamente en el logro de la emancipación de los padres, en el establecimiento de relaciones heterosexuales y en la afirmación de la identidad, para ellos los adolescentes forman un pequeño grupo de amigos, al inicio suelen ser del mismo sexo lo que le permite reforzar su masculinidad o feminidad; este círculo se amplía iniciándose con el enamoramiento, el desenvolvimiento social, con las relaciones interpersonales entre ambos sexos. La adolescencia puede variar mucho en edad y duración en cada individuo, pues está relacionado no solamente con la maduración de la psique del individuo sino que depende de factores psicosociales más amplios y complejos, originados principalmente en el seno familiar. En la actualidad ellos se enfrentan a un problema: la sociedad y grupos sociales que conviven, los cuales los lleva a tomar decisiones erradas arrastrándolos a adoptar distintas conductas de riesgo que repercutirán en sus vidas; sin embargo también tienen fortalezas que deben ser inculcadas, y potencializadas por el núcleo familiar y su entorno, como son las habilidades sociales

Existen diversos autores que han realizado estudios sobre las habilidades sociales, Caballo (1993) cita a Lazarus (1973) como el principal estudioso en establecer desde una posición de práctica clínica, las principales clases de respuesta o dimensiones que abarca las habilidades sociales, siendo: la capacidad de decir no, la capacidad de pedir favores, la capacidad de

expresar sentimientos positivos y negativos. Por otro lado Caballo (1988), plantea que existen formas no verbales como las (miradas, sonrisas y gestos), paralingüísticos (voz, tiempo de habla, etc.) y verbales (atención personal, manifestaciones empáticas, etc.) como forma de expresar una habilidad social; sin embargo, el más relevante para el presente estudio es de Albert Bandura en su Teoría Cognoscitiva Social postula que la mayor parte de nuestras conductas sociales las adquirimos viendo como otros las ejecutan en este caso referido al ambiente familiar y social.

En base a los estudios realizados por Evangelina Norma Contini, Ana Betina Locunza, Susana Elizabeth Medina y Melisa Alvarez Magali Gonzales, Valeria Coria, acerca de la soledad y aislamiento en adolescentes de nivel socioeconómico bajo de la provincia de Santiago de Estero, Argentina. Asimismo hemos decidido realizar el mismo estudio en nuestro medio, con el objetivo de Analizar la relación entre aislamiento, soledad, y el nivel de habilidades sociales en estudiantes de educación secundaria de condición socioeconómica baja según sexo y edad, y para dar más solvencia teórica, estamos considerando algunas citas y comentarios de algunos autores.

Nosotros al poder evaluar la relación existente entre los sentimientos de soledad y aislamiento en conjunto a los niveles de habilidades sociales expresados por los estudiantes, podremos brindar más argumentos sobre los cuales actuar en referencia a los principales problemas de la sociedad Peruana. Siendo de conocimiento general que dentro de los principales problemas destacan; la depresión y la violencia familiar. Estadísticas recientes refieren que "De cada 20 personas mayores de 15 años, una se deprime al año; de cada 20 personas con un episodio de depresión, una intenta suicidarse; y de cada 20 intentos de suicidio, uno llega a consumarse".

En la actualidad, los marcados cambios estructurales, sociales y culturales, han modificado las formas básicas en que las personas establecen sus contactos interpersonales. El debilitamiento de los vínculos familiares, la acentuación del individualismo, hasta el nivel del egoísmo, la fragmentación de los lazos sociales, han ocasionado un serio riesgo para la salud física y mental de las personas, menoscabando su capacidad de afrontamiento de situaciones estresantes.

Los individuos tienden a percibirse como constituidos por un cuerpo de necesidades que debe ser satisfechas constantemente y aunque establezcan vínculos familiares, la acentuación del individualismo, que destruye los vínculos comunitarios de sostén, hacen que se encuentren fundamentalmente solos entre otros individuos que persiguen su propia satisfacción. Es así, como en la actualidad se ha producido en los individuos, especialmente en las grandes ciudades, un incremento de aislamiento social y de la experiencia de soledad. Ambos fenómenos pueden coexistir, aunque uno no implica necesariamente al otro. No obstante, se ha considerado frecuentemente al aislamiento social como una situación que predispone a la aparición del sentimiento subjetivo de soledad.

Numerosos estudios sobre adolescentes que intentaron quitarse la vida, han encontrado que este comportamiento autodestructivo se halla fuertemente asociado a tendencia al aislamiento social y a la experiencia subjetiva de soledad, como así también, a baja autoestima (Blumenthal y Kupfer, 1990).

Es que cuando el joven comienza a vivir su adolescencia, comienza a tomar conciencia de que él es un ser único y original, lo acomete ese sentimiento típico de esa edad, de honda melancólica, de impecable soledad, que lo induce a distanciarse de todos, aun de los miembros de su propia familia, sintiendo que nadie lo podrá comprender (Canal, 1993). Lo que en otras palabras daría a entender, la existencia de la creencia a que nadie comprende al adolescente, inclusive dentro del círculo familiar. Kupersmidt et al. (1999) sugieren que los niños y adolescentes que experimentan sentimientos de soledad tienen problemas en sus relaciones sociales. Asimismo, este sentimiento está asociado con una amplia gama de problemas emocionales donde se incluye baja autoestima, depresión y ansiedad social. En lo referente a problemas sociales, se remarca la victimización, rechazo de pares y ausencia de amistades leales. El aspecto conductual comprende la timidez, aislamiento social, pasar más tiempo sólo que acompañado. Así explicado la soledad estaría más relacionado a problemas de ajuste. Los hallazgos de diversas investigaciones indican que el sentirse sólo estando solo no es negativo, sin embargo sentirse solo en relación con familiares y los amigos, si es negativo.

Mencionar investigaciones y las conclusiones a las que llegó cada una. A partir de ese análisis se concluye que será más complejo para el adolescente el aprendizaje de vínculos saludables y el establecimiento de relaciones interpersonales mutuamente satisfactorios.

El presente estudio, brindara información e incentivara al profesional de Psicología y de Educación a elaborar e implementar las estrategias metodológicas de intervención a través de los programas preventivos promocionales que viene realizando en la comunidad con el fin de mejorar las relaciones interpersonales de las y los adolescentes, desarrollar estilos de vida saludables que los ayuden a enfrentar los retos de la vida diaria y fomentar un clima social familiar favorable. Así como la integración de los diferentes grupos sociales que se encuentran en constante interacción con ellos, para que contribuyan en el desarrollo del adolescente fomentando y reforzando las conductas positivas

6.- ANTECEDENTES

En realidad se han realizado innumerables estudios relativos a las habilidades Sociales o bien a variables como la Soledad y Aislamiento, sin embargo pocas han abordado las tres variables en conjunto.

Cohen Imach Silvina, Caballero Silvina Valeria Y Mejail Sergio en el 2012 realizaron un estudio donde se abren líneas de pensamiento para científicos y profesionales vinculados con la temática adolescente que viven en contextos de pobreza. Se considera que los estudios sobre los factores que inhiben o interfieren las relaciones interpersonales del adolescente constituyen una temática de relevancia en el ámbito de la psicopatología del desarrollo ya que puede contribuir a la detección temprana y la prevención de las dificultades interpersonales durante esta etapa evolutiva, y convertirse en un factor clave para la promoción de la competencia social entre los jóvenes.

Los adolescentes explorados (encuestas privadas en la Cuidad de San Luis) presentan un bajo nivel de aislamiento y soledad y en general, poseen un adecuado concepto de sí mismos. Esto les permite experimentar un sentimiento de bienestar psicológico asociado a las

relaciones que establecen con los otros significativos y con respecto a la visión que tienen de sí mismo estas características los ubicarían en una población de bajo riesgo.

A partir de los resultados encontrados se podría inferir, que estos adolescentes no tendrían a aislarse en situaciones conflictivas y, en general en situaciones interpersonales sentirían contenidos y apoyados experimentarían satisfacción en las relaciones sociales y una adecuada confianza en sus pares y otros significativos.

Es importante destacar que la ciudad de San Luis cuenta con una población estudiantil, que por su baja densidad, permite a los adolescentes establecer lazos estrechos con sus pares, profesores y familiares, creando vínculos sólidos y fluidos.

En cuanto a los factores que conforman el auto concepto en general, se registra un nivel medio con excepción a imagen corporal, dimensión en la que se obtuvo un bajo nivel, esto probablemente

La soledad puede tener muchas y variadas causas, e identificarlas en una situación específica corresponde, por lo general, al campo del profesional altamente capacitado. No obstante, puede ser de ayuda al líder o consejero de jóvenes, el conocer las posibles influencias sobre el joven que siente una soledad aguda.

Estudios realizados por Levin y Stokes (1986) y Peplau y PerIman (1982) sugieren que tener un concepto bajo de sí mismo -incluyendo "evaluaciones negativas de sus propios cuerpos, la sexualidad, salud, apariencia, conducta y funcionamiento"- contribuyen a que el joven sea vulnerable a los sentimientos de soledad. Como escribe Collins: "Cuando tenemos poca confianza en nosotros mismos es difícil desarrollar amistades. La persona no puede brindar cariño sin pedir disculpas; ni puede recibir cariño sin menoscabarse a sí misma" Arivilca Alcarraz, L. (2003)

De la Peña F. Elena (2010), se expone de forma concreta y resumida los resultados más importantes obtenidos en relación al estudio de las Conductas antisociales y factores predisponentes. Así, las conclusiones obtenidas a partir del estudio descriptivo resaltarían que:

a) Dentro de las variables bioevolutivas: el ser varón y tener edades más avanzadas dentro de la adolescencia, es un factor predisponente a desarrollar falencias en la capacidad social de desenvolverse.

b) Dentro de las variables de recursos personales y valores ético-morales: la ausencia de práctica religiosa y actividades culturales o deportivas, o alguna otra actividad donde se requiera interacción social

d) Dentro de las variables familiares: la ausencia de comunicación y la conflictividad familiar.

Para Gloria C. y Clara C.- (2009), la soledad es un fenómeno universal inherente a la necesidad humana de pertenecer. Constituye una experiencia subjetiva que varía de persona a persona, ocurre por diversidad de causas, y produce una gran variedad de consecuencias físicas y psicosociales. Aunque la soledad puede ser definida de manera objetiva, esta experiencia subjetiva no puede ser directamente observada. Así, la soledad es un resumen abstracto de un conjunto de sentimientos, pensamientos y comportamientos.

Aunque la adolescencia es un periodo de riesgo para experimentar sentimientos de soledad, también representa un espacio ideal para cultivar herramientas sociales y actitudes que mejoren el desarrollo emocional; de esta manera, la adolescencia constituye un tiempo especial para focalizar esfuerzos en investigación e intervención. Se requiere identificar problemas de investigación que permitan explorar el fenómeno de soledad en la adolescencia y sus resultados en la salud mental y física, determinar su prevalencia y determinar relaciones causales.

La soledad como problema que afecta la salud y la calidad de vida de los adolescentes representa un reto para los profesionales de enfermería, quienes deben jugar un rol fundamental en su prevención, pero también un papel activo en la implementación de intervenciones que se construyan a partir de teorías disciplinares y puedan facilitar el entendimiento y abordaje de este fenómeno.

No deben olvidar la creación y el fortalecimiento de redes de apoyo, y la construcción de capital social con los adolescentes.

Dada su incidencia y sus efectos, la soledad es un desafío importante para todos; así, el conocimiento del fenómeno permitirá proponer y mejorar estrategias de prevención e intervención, y guiar la práctica de cuidado para este grupo de edad.

7.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Dentro de las limitaciones importantes, y que resulta necesario recalcar, es la falta de apoyo conjunto de algunas Instituciones Educativas, en brindar las facilidades necesarias para poder entrar en contacto con los estudiantes. Esto con la firme convicción de que la edad en la que se encuentran resulta ser una enorme fuente de información. De igual manera, la falta de fondos o recursos económicos de los investigadores, ya que sin ello la viabilidad del proceso se hace casi imposible y hasta frustrante.

La falta de instrumentos validados en nuestro medio, hace más complicado la labor de Investigar, siendo inevitable importar pruebas estandarizadas de otros países.

8.- DEFINICIÓN DE TERMINOS

b. HABILIDADES SOCIALES:

- Caballo (1993) define a las habilidades sociales como un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal, que expresa sus sentimientos, sus deseos, actitudes, opiniones, derechos de un modo adecuado a las situación respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelven los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la posibilidad de futuros problemas.
- Para Combs y Slaby, (1977) citado por León Rubio, J. & Medina Anzano, S.(1998) “Es la capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado de un modo determinado que es aceptado o valorado socialmente y, al mismo

tiempo, personalmente beneficioso, mutuamente beneficioso, o principalmente beneficioso para los demás”.

c. SOLEDAD:

- Rodrigo Díaz, Geraldine Oliveros y otros(2009), citan a Peplau y Perlman(1982) afirmando que la soledad es una experiencia displacentera que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún sentido importante, ya sea cualitativa o cuantitativamente.
- Young citado por Rodrigo D. Geraldine Oliveros y otros (2009) dicen que la soledad es percibida como la ausencia o percepción de ausencia de relaciones sociales satisfactorias.

d. AISLAMIENTO.

- Irvin Yalom(1984) empieza su definición diferenciando este concepto de otros tipos de aislamiento que se viven como si se tratase del mismo sentimiento: el aislamiento interpersonal (causado por carencia de dones sociales o un estilo de personalidad particular) y el aislamiento intrapersonal (en donde la persona se separa de algunas partes de sí misma, desconfiando de sus propios juicios y enterrando su propia capacidad potencial). Entonces, define al aislamiento existencial como “un golfo intransitable que separa a uno de todos los demás seres”, pero que además implica una separación más fundamental, a saber, la del individuo con el mundo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1. HABILIDADES SOCIALES Y SOLEDAD EN ADOLESCENTES

1.1. HABILIDADES SOCIALES:

La compleja naturaleza de las habilidades sociales ha dado lugar a numerosas definiciones. Generalmente, las habilidades sociales son consideradas como un conjunto de comportamientos interpersonales complejos. El término *habilidad* se utiliza para indicar que la competencia social no es un rasgo de la personalidad, sino más bien un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos. Entre las definiciones que se han dado se encuentran las siguientes:

A) Argyris (1965),(citado por Weiss, 1968), habla de habilidad social como sinónimo de “algo” que contribuye a la efectividad del comportamiento interpersonal, y ese “algo” sería la capacidad de percepción, aceptación comprensión y respuesta a las expectativas asociadas al propio rol del individuo. Por otro lado, esta definición es muy parecida a la señalada por Weiss (1968), quien afirma que la habilidad social es la capacidad que contribuye a un mutuo

entendimiento y comprensión entre dos interlocutores. Por otro lado, desde el punto de vista de Weber, el concepto de habilidad social tiene como denominador común a la conducta interactiva y, en una primera aproximación a su definición.

- B) Caballo (1993) define a las habilidades sociales como un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal, que expresa sus sentimientos, sus deseos, actitudes, opiniones, derechos de un modo adecuado a las situación respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelven los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la posibilidad de futuros problemas.
- C) Para Combs y Slaby, (1977) citado por León Rubio, J. & Medina Anzano, S.(1998) “Es la capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado de un modo determinado que es aceptado o valorado socialmente y, al mismo tiempo, personalmente beneficioso, mutuamente beneficioso, o principalmente beneficioso para los demás”.
- D) Para Libet y Lewinsohn, (1973) citado por Iglesias, M. “Es la capacidad para comportarse de una forma que es recompensada y de no comportarse de forma que uno sea castigado o ignorado por los demás.”
- E) Por su parte Meza (1995), define a la habilidad social como la capacidad para ejecutar acciones sociales en situaciones de interacción de un sujeto humano con otro (s) sujeto (s) humano (s).

1.2. LAS HABILIDADES SOCIALES Y SU IMPORTANCIA:

Actualmente las Habilidades Sociales (HHSS) están cobrando especial relevancia en diferentes ámbitos por razones como son:

- A) Kelly J.(1987) expresa que la competencia social se relaciona con un mejor y posterior ajuste psicosocial del niño en el grupo -clase y en el grupo- amigos, y en una mejor adaptación académica. Una baja aceptación personal, rechazo o aislamiento social son consecuencias de no disponer de destrezas sociales adecuadas.
- B) Argyle (1983) y otros especialistas como Gilbert y Connolly (1995) opinan que los déficits en HH.SS. podrían conducir al desajuste psicológico y conlleva a que la persona emplee estrategias desadaptativas para resolver sus conflictos. La competencia social adquirida previamente garantiza una mayor probabilidad de superar trastornos.

Las Habilidades Sociales correlacionan positivamente con medidas de popularidad, rendimiento académico y aumento de la autoestima. Las Habilidades Sociales se forman desde el hogar e influye la escuela.

La carencia de Habilidades Sociales favorece el comportamiento disruptivo, lo que dificulta el aprendizaje.

- C) Argyle (1987) expone que: “las Habilidades Sociales no tienen una definición única y determinada, puesto que existe una --confusión conceptual a este respecto, ya que no hay consenso por parte de la comunidad científica; sin embargo pueden ser definidas según sus principales características, y éstas son que las habilidades sociales son un conjunto de conductas aprendidas de forma natural (y por tanto, pueden ser enseñadas) que se manifiestan en situaciones interpersonales, socialmente aceptadas (implica tener en cuenta normas sociales y normas legales del contexto sociocultural en el que tienen lugar, así como criterios morales), y orientadas a la obtención de reforzamientos ambientales (consecución de objetos materiales o refuerzos sociales) o auto refuerzos. En el caso de las personas, estas dotan a la persona que las posee de una mayor capacidad para lograr los objetivos que pretende, manteniendo su autoestima sin dañar la de las personas que la rodean.

Estas conductas se basan fundamentalmente en el dominio de las habilidades de comunicación y requieren de un buen autocontrol emocional por parte del individuo.

Las Habilidades Sociales han sido tratadas por numerosos autores en diferentes escuelas, uno de los máximos exponentes es Saltes (1949), reconocido como padre de la terapia de conducta, quién en 1949 introdujo en término basado en la necesidad de aumentar la expresividad de los individuos, algunas de las sugerencias son utilizadas en la actualidad. Desde esa fecha a la actualidad han surgido disímiles criterios que distan más o menos del primero, sin embargo se mantiene la esencia donde se encuentran exponentes como Wolpe (1958), y finalmente Caballo quién en (1987) emite un criterio con la cual la mayor parte de los investigadores trabajan en la actualidad el tema.

- D) Fue Wolpe el que, inspirado por las ideas de Saltes, empezó a usar el término de conducta asertiva, lo que pasaría a ser sinónimo de Habilidad Social a partir de los años 70. Wolpe definía la conducta asertiva como la expresión de sentimientos de amistad y cariño, así como otros más negativos, como la ansiedad.

1.3.LAS HABILIDADES SOCIALES Y SU FUNCION:

Según León Rubio, J. & Medina Anzano, S. (1998). Las Habilidades Sociales permiten desempeñar las siguientes funciones:

- Son reforzadores en situaciones de interacción social.
- Mantienen o mejoran la relación interpersonal con otras personas. Una buena relación y comunicación es uno de los puntos base para posteriores intervenciones con cualquier tipo de colectivo.
- Impiden el bloqueo del reforzamiento social de las personas significativas para el sujeto.
- Disminuye el estrés y la ansiedad ante determinadas situaciones sociales.
- Mantiene y mejora la autoestima y el autoconcepto.

1.4. CARACTERÍSTICAS DE LAS HABILIDADES SOCIALES:

A continuación se enumera la caracterización de las habilidades sociales presentada por Meza 1995 citado por -Alvarez, A. (2009):

- Capacidad para percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos que están presentes en situaciones de interacción social.
- Exige la captación y aceptación del otro y a comprensión de los elementos simbólicos, asociados a sus reacciones, tanto verbales como no verbales.
- Capacidad de jugar un rol, de cumplir fielmente con las expectativas que otro (s) tiene (n) respecto a alguien como ocupante de un estatus en una situación dada.
- Es el factor primordial en la ejecución del rol, un factor que nace de las características de la personalidad.
- Contribuye a la efectividad del comportamiento interpersonal y depende de la capacidad de percepción, aceptación, comprensión y respuesta a las expectativas asociadas al propio rol.
- Contribuye al mutuo entendimiento y comprensión entre dos interlocutores.

1.5. TIPOS DE HABILIDADES SOCIALES:

Diferentes autores han propuesto diversos componentes para las habilidades sociales, de los cuales mencionare a dos de ellos

Goldstein (1978), considera como componentes de las habilidades sociales los siguientes:

A) Primeras habilidades sociales:

- Atender
- Comenzar una conversación
- Mantener una conversación
- Preguntar una cuestión
- Dar las gracias
- Presentarse a sí mismo
- Presentar a otras personas

- Saludar

B) Habilidades sociales avanzadas:

- Pedir ayuda
- Estar en compañía
- Dar instrucciones
- Seguir instrucciones
- Discutir
- Convencer a los demás

C) Habilidades para manejar sentimientos:

- Conocer los sentimientos propios
- Expresar los sentimientos propios
- Comprender los sentimientos de los demás
- Afrontar la cólera de alguien
- Expresar afecto
- Manejar el miedo
- Recompensarse por lo realizado

D) Habilidades alternativas a la agresión:

- Pedir permiso
- Compartir algo
- Ayudar a los otros
- Negociar
- Emplear el auto-control
- Defender los derechos propios
- Responder a las bromas
- Evitar pelearse con los demás
- Impedir el ataque físico

E) Habilidades para el manejo de estrés:

- Exponer una queja
- Responder ante una queja
- Deportividad tras el juego
- Manejo de situaciones embarazosas
- Arreglárselas cuando lo dejan solo
- Ayudar a un amigo
- Responder a la persuasión
- Responder al fracaso
- Manejo de mensajes contradictorios
- Manejo de una acusación
- Prepararse para una conversación difícil
- Manejar la presión de grupo

F) Habilidades de planificación:

- Tomar iniciativa
- Decir qué causó un problema.
- Establecer una meta
- Decidir sobre las habilidades propias
- Recoger información
- Ordenar los problemas en función de su importancia
- Tomar una decisión
- Concentrarse en la tarea

1.6. HABILIDADES SOCIALES Y SUS DIMENSIONES:

Dewerick (1986) considera que analizar el desarrollo de las habilidades sociales se debe tener en cuenta dos dimensiones:

A) Dimensión ambiental:

El contexto en el que una persona es criada afecta su nivel de competencia social en dos niveles: como fuente de aprendizaje de habilidades sociales y como oportunidades para actualizar lo aprendido. Los contextos más relevantes en el desarrollo social de un sujeto son la familia, la escuela, el grupo de pares y los medios de comunicación.

a. El contexto familiar:

El hogar es el primer lugar donde se aprenden los comportamientos interpersonales, por tanto padres, familiares y hermanos son modelos significativos cuya influencia no se limita a la entrega de modelos de comportamiento, sino que además moldea su comportamiento social a través de sus prácticas disciplinarias.

b. El contexto escolar:

La escuela es la segunda agencia socializadora donde la persona debe abrirse a la influencia de relaciones interpersonales con otros adultos significativos (los maestros) y con los pares. El maestro se convierte en un modelo que proporciona refuerzo al igual que sus pares durante las interacciones que se producen en el ambiente educativo.

c. El grupo y pares:

Las interacciones con otros permite el aprendizaje de normas sociales y claves para diferenciar entre los comportamientos adecuados e inadecuados en un contexto cultural determinado. Además dentro del grupo se promueve la negociación, la capacidad de enfrentar conflictos y expresión de actitudes hacia el otro sexo.

d. Los medios de comunicación:

Actualmente los niños pasan tiempo frente a un televisor como en la escuela por lo que este medio se ha considerado como otro agente de socialización

.En el campo de la investigación se han desarrollado dos tendencias muy marcadas: Bandura y Ross(1963) (citados por Aron y Milick, 1996) quienes enfatizan la influencia negativa de la televisión al transmitir modelos agresivos; y por otro lado Sturm y Jorg (1981) (citados por Aron y Milick, 1996) , quienes consideran a la televisión como un vehículo importante para la socialización positiva de los niños.

B) Dimensión personal

Aquí se consideran los factores constitucionales y los factores psicológicos

a. Factores constitucionales:

1. El temperamento:

Influye en las reacciones que presenta el sujeto hacia el medio. Thomas y Chess (1977) (citados por Aron y Milick,1996) agrupan a los niños en tres categorías temperamentales teniendo como criterios el nivel de actividad motora, la regularidad de las funciones fisiológicas y el umbral de la reacción a los estímulos:

- Niños fáciles: se adaptan fácilmente, tiene un buen humor, tiene interacciones positivas con los padres y pares.
- Niños difíciles: se adaptan con dificultad y que generalmente tienen mal humor, tienen interacciones negativas en su contexto social y son rechazados por sus compañeros.
- Niños lentos: presentan un bajo nivel de actividad y baja intensidad en sus reacciones, desafían la paciencia del entorno y también son rechazados.

2. El género:

Niños y niñas tienen distintos tipos de desarrollo, las niñas tienen más desarrolladas las habilidades de comunicación y los varones presentan conductas más impulsivas ya que tanto padres como maestros tienden a reforzar ese tipo de conductas en ellos, como se observa el ambiente social refuerza las conductas apropiadas que se considera para cada género.

3. El atractivo físico:

Mussen (1985) citado por Iglesias M (2011), demostró que la atención de los maestros se dirige frecuentemente a los niños más atractivos al igual que el reforzamiento positivo, además que los niños populares son considerados por sus pares que aquellos que son rechazados.

b. Factores psicológicos:

Donde Dewerick (1986) dice lo siguiente:

1. Aspectos cognitivos:

La inteligencia ha sido considerada una variable importante en el desarrollo de habilidades sociales, no solo entendido como cociente intelectual sino como una habilidad general para resolver problemas.

2. Aspectos afectivos:

Se refiere a la habilidad de expresar y reconocer sentimientos propios y ajenos que guarda relación con el autoestima que permite facilitar el desarrollo de las habilidades sociales al estar relacionada con el rechazo o aceptación de los pares.

3. Aspectos conductuales:

Aquí se ubican los rasgos específicos de la interacción social: A la apertura, la cordialidad, autocontrol, empatía, y otros.

2. SOLEDAD:

Existen varias definiciones acerca de la soledad; en este proyecto de investigación estaremos considerando algunas que estén vinculadas con nuestros objetivos y con la contrastación de nuestras hipótesis.

Peplau y Perlman (1982), la soledad es una experiencia displacentera que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún sentido importante, ya sea cualitativa o cuantitativamente. También se ha conceptualizado a la soledad como un mecanismo de retroalimentación adaptativo que informa al sujeto sobre el nivel de estimulación de interacción social que está recibiendo, en términos de cantidad y forma. Tal estimulación varía desde la falta (soledad), hasta el exceso (hacinamiento).

Gloria Carvajal-Carrascal y Clara Virginia Caro-Castillo (2010), citan a Roy quien afirma que la soledad existe como un problema común para lograr la adaptación desde la niñez hasta la vejez. Además, afirma que nadie está inmunizado contra ella, y durante toda la vida se lucha por mantener una integridad relacional. Sin embargo, incluso las personas que tienen relaciones mutuamente satisfactorias experimentan periodos de soledad y enajenación. Afirma además que la persona que no alcanza un apego emocional adecuado, y que no puede tener o tiene muy pocas relaciones satisfactorias sufre un gran dolor emocional. Además, define enajenación como una condición o sentimiento de estar separado de sí mismo y los demás. Esta sensación se produce cuando los seres o las relaciones significativas no proveen la afiliación afectiva esperada. Esta privación de presencia o contacto guía hacia sentimientos de no sentirse necesario, valorado o apreciado por otros, y es allí donde se encuentran las raíces de la soledad.

Para Weiss, quien fuera llamado .el padre de la investigación sobre la soledad, dice que ésta es una respuesta ante la ausencia de una provisión de relación particular.

Pretty, Andrewes, y Collett (1994), afirman que la soledad fue descrita en la adolescencia vinculada con el fracaso en la satisfacción de necesidades de relación de

pares y relaciones íntimas, es decir, con deficiencias en la obtención de un sentido de comunidad y un sentimiento de pertenencia a una estructura social que los sostienen.

Los adolescentes suelen tener expectativas mayores acerca de sus habilidades y posibilidades sociales (ser exitosos socialmente), y de acuerdo a como resuelven esta etapa se posibilitará su acceso a la intimidad o a la caída al aislamiento.

Investigaciones como la de Hojat (1989), asocia la soledad con la inmuno competencia celular deprimida, con una menor actividad defensiva del organismo, considera como un síntoma clínico en la sociedad contemporánea relacionada, en algunos casos, a depresión, ansiedad y problemas de salud mental (alcoholismo, depresión, suicidio y muerte accidental); y fundamentalmente, como uno de los problemas psicosociales más relevantes del fin del siglo XX.

Los siguientes conceptos acerca de la soledad fueron tomados del trabajo de Gloria Carvajal-Carrascal y Clara Virginia Caro-Castillo (2010), Soledad en la adolescencia: Análisis del Concepto. Cita a diferentes autores para referirse a la soledad entonces tenemos:

Kraus et ál. Definen soledad como una percepción desagradable y penosa de ser desconectada de relaciones sociales significativas. Otros autores la definen como "el sentimiento de sentirse solo a pesar de estar con otros". O como una parte natural e integral del ser humano; como cualquier necesidad o sentimiento, considerando que los seres humanos nacen solos, mueren solos y experimentan soledad a lo largo de la vida.

Esta última definición se complementa con la afirmación de Ebersole, quien refiriéndose a la soledad en experiencias vitales como la enfermedad y la muerte afirma que:

“Las relaciones íntimas pueden estar aliviando y proporcionando un sentido de seguridad, pero en la mayoría de las experiencias profundas de la vida, se está esencialmente solo”.

Nilsson et ál. Afirman que la soledad puede presentarse como consecuencia de:

1. Aislamiento interpersonal como resultado de factores geográficos, disminución de la experiencia social y tipo de personalidad.
2. Aislamiento intrapersonal, como una dimensión central de psicopatología.
3. Aislamiento existencial como resultado de una separación del mundo. Puede ser definida, además, como una experiencia subjetiva de aislamiento social, que existe cuando el número de relaciones es menor al deseable, y también cuando no se logra un nivel individual de intimidad.

Killeen, en un artículo de revisión, la definió como una condición penetrante, presionante y debilitante, que puede afectar toda la vida de un individuo. Consiste en una sensación de ser la única persona en el mundo, un deseo de no querer vivir más, una sensación de aislamiento e inutilidad, de vida sin propósito, condición destructiva que puede originar un círculo vicioso de enfermedad, y que por considerar que genera sensaciones negativas y atemorizantes puede verse como tabú o estigma.

Roy y Andrews, afirman que la soledad es una respuesta inefectiva en el modo de interdependencia. Este modo involucra la interacción con otros, examina las relaciones significativas y los sistemas de apoyo. A través de éste, los individuos comparten sus necesidades afectivas. Una respuesta adaptativa en el modo de interdependencia se da cuando se establecen relaciones mutuamente efectivas o se escoge libremente "estar solo", mientras que las respuestas inefectivas pueden incluir soledad, separación o enajenación.

Investigaciones realizadas utilizando el Modelo de Adaptación evidencian que cuando aumentan los niveles de soledad, disminuyen los niveles de adaptación; y cuando aumentan los niveles de apoyo social, disminuyen los sentimientos de soledad.

En el artículo Esperanza para la Familia, A. C. escriben sobre la soledad social, afirman que:

La soledad social, donde la persona no se siente incluida dentro de un grupo social. Cuando nuestra capacidad para relacionarnos es deficiente aumenta la probabilidad de quedarnos solos ya que las relaciones que mantenemos son menos entusiastas y menos empáticas. La soledad social, la de quien apenas habla más que con su familia o sus vecinos, es una soledad muy común. La persona se siente incapaz de contactar con un mínimo de confianza a quienes la rodean, tiene miedo de que le hagan algo o la rechacen, planta un muro a su alrededor, se encierra en sí mismo y vive el vacío que ella misma ha creado y que justifica con planteamientos como: “no me entienden, la gente sólo quiere hacerme daño, para lo único que le intereso a la gente es para que me saquen algo, cada vez que confío en alguien me llevo otra puñalada”.

Si la soledad es deseada no podemos objetar nada, porque la situación en sí entraña peligro. El ser humano es social por naturaleza y una red de amigos con los que debemos compartir aficiones y anhelos es un cimiento difícilmente sustituible para asentar una vida feliz. Es una meta difícil y las estructuras y hábitos sociales de nuestra civilización frenan este desempeño de hacer y mantener amistades, pero merece la pena empeñar lo mejor de nosotros en el intento. Esa soledad no deseada puede convertirse en angustia, si bien, algunos se acostumbran a vivir solos, puede revestirse esa actitud de soledad en una apariencia de fortaleza, autosuficiencia, agresividad o timidez. Y todo para esconder la inseguridad y el miedo de que no se nos quiera o no se nos respete.

Concluimos con la siguiente definición que comprende de ideas relacionadas con los anteriores conceptos.

La soledad es un fenómeno psicológico multidimensional que varía en intensidad, causas y circunstancias (carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas), y que se presenta en diversas edades, niveles socioeconómicos, estado civil o género, potencialmente estresante, que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto que experimenta este de incomodidad (Carvajal-Carrasco y Caro Castillo, 2001, Heinrich, 2006).

2.1. CARACTERÍSTICAS:

Tomando en cuenta la conceptualización de Peplau y Perlman (1981) tenemos las siguientes características:

- a) Es resultado de deficiencias en relaciones interpersonales.
- b) Es una experiencia subjetiva que contrasta con la evidencia física del aislamiento social.
- c) Es una experiencia estresante y displacentera.

En el trabajo de Gloria Carvajal-Carrascal y Clara Virginia Caro-Castillo (2010), Soledad en la adolescencia: Análisis del Concepto, cita a Mc. Whirter. Quien incluye tres características importantes cuando se refiere al concepto de soledad:

- Experiencia estresante, que causa aversión y puede estar acompañada de tristeza, ansiedad y sentimientos de marginalización.
- Puede ocurrir en presencia o ausencia de relaciones sociales.
- Es un sentimiento relacionado con la temporalidad.

Es decir, que la soledad debe ser entendida como una dimensión misteriosa y compleja de la vida de las personas que puede ser experimentada en diferentes niveles.

Profundizando nuestro trabajo consideraremos tres características esenciales tales como:

- a. Es multidimensional, pues involucra aspectos de personalidad (evaluaciones cognoscitivas, antecedentes de desarrollo afectivo y autoestima), de interacción social y de habilidades sociales.
- b. Es un fenómeno subjetivo y potencialmente estresante ya que depende de la interpretación que haga el sujeto de la situación que está viviendo, para que la carencia afectiva-social y/o física que identifique sea evaluada como una situación negativa, o bien, como una oportunidad de autoconocimiento.

- c. Es secuencial, ya que puede estudiarse como un proceso que tiene antecedentes, manifestaciones y consecuencias, que varía en intensidad y duración a través de factores contribuyentes físico-situacionales, socio-culturales y de personalidad.

2.2. NIVELES DE VALORACIÓN:

Contini, E. et.al,(2012) realiza la siguiente valoración.

Los niveles de valoración con los que se trabajará en este proyecto de investigación y de acuerdo a los percentiles es de; presencia de soledad en un nivel bajo, en este nivel se encontrarán los adolescentes que experimentan escasa presencia de soledad, adolescentes que tienen escasas dificultades con las habilidades sociales; la soledad en un nivel medio, en este nivel se ubicarán los adolescentes que experimentan soledad casi constantemente Los adolescentes que presentan dificultades con las habilidades sociales e interacción social pero no críticas y por último los que se encuentran en un nivel alto, en los que el adolescente presenta un sentimiento de soledad crítico; es decir que el adolescente experimenta soledad constantemente, además que presenta serias dificultades con la capacidad de relacionarse con los demás de su medio, por lo que tiende estar aislado, evitar la interacción con los demás.

2.3.CAUSAS QUE LLEVAN A LA SOLEDAD:

La revisión de literatura de Heinrich y Gullone (2006) muestra que el paso a la adolescencia implica para los jóvenes el desarrollo de expectativas hacia sus relaciones sociales, esperando lealtad, apoyo e intimidad; y que sufren, además, un cambio frente a las creencias, los valores y ideologías de los amigos, con los que antes solo compartían ciertas actividades.

A. Factor Social. Heinrich y Gullone(2006) También realiza un comentario acerca del factor social

La soledad puede ser una experiencia que se espera en cierto grado durante la adolescencia, teniendo en cuenta que ésta es una etapa en la cual las expectativas, los roles, las relaciones y las identidades sufren cambios significativos.

Así, la soledad puede surgir si los adolescentes no han adquirido la aptitud necesaria para la interacción social y para enfrentarse con un ambiente social cambiante, o si ellos tienen esperanzas poco realistas con respecto a sus relaciones sociales.

En uno de los estudios de Bogardus, E. (1963) La transición hacia esta etapa también implica que los adolescentes dediquen menos tiempo a la familia y más a sus pares, remplazando las figuras primarias de contacto. Simultáneamente, los adolescentes tratan de definirse a sí mismos entre los cambios fisiológicos, emocionales e intelectuales.

Esto implica la formación de la identidad no sólo por sus características físicas, niño también por las psicológicas (por ejemplo, los rasgos, los pensamientos, las creencias y los valores), y con respecto a sus relaciones sociales. Sin embargo, en ese camino para lograr autonomía, individualidad y formación de la identidad, aparece el riesgo de experimentar los sentimientos.

En tanto que Rotenberg K, Hymel S. (2009) nos habla de separación y responsabilidad, y de ahí una necesidad más fuerte para la afiliación, y vulnerabilidad a la soledad emocional y social. La adolescencia, entonces, es un periodo de alto riesgo para la soledad. Sin embargo, mientras durante este periodo es de esperar algún grado de Soledad, los sentimientos persistentes y dolorosos de este sentimiento no son normales.

Además, el fracaso para resolver la soledad antes de terminar la adolescencia puede alterar en forma significativa las relaciones sociales futuras y la salud mental.

Asención P. (2000). considera una consecuencia del tiempo sociocultural, jalonado de etapa sucesivas que toda persona ha de flaquear, antes de acceder a la comunidad de los adultos estas etapas varían según la clase social y la propia sociedad, en que al individuo le toca vivir y se escalonan de acuerdo con un ritual preestablecido

B. Factor Familiar:

De acuerdo con los estudios de AlvarezA.(2009) Un factor que se asocia con frecuencia a la soledad durante la adolescencia está dado por los cambios en la estructura familiar y las características de la relación padres-hijos. Los cambios en la estructura familiar pueden hacer difícil para los adolescentes obtener apoyo, guía y satisfacción de las necesidades interpersonales básicas.

Aspectos como desintegración familiar, familias reconstituidas, entre otros, disminuyen las relaciones familiares y aumentan comportamientos como abuso de drogas, problemas emocionales y de la conducta, y bajo desempeño escolar.

En el estudio de Rubinstein, Shaver y Peplau(1979) citado por AlvarezA.(2009) sobre la experiencia de soledad, el antecedente principal de las historias de soledad vivida por la gente era el tener padres divorciados, teniendo la impresión de que sus padres aparentemente los rechazasen.

Se informó de diferentes clases de soledad, incluyendo formas tales como desesperación, aburrimiento impaciente, depresión o autodesprecio.

Según los teóricos de la atribución causal de la soledad, el modo de reaccionar de la gente a la soledad depende de como ellos se la explican. La gente sola, que tiene una explicación interna estable de su soledad, era mas resignada y deprimida. Estos eran quienes atribuían a su apariencia y/o personalidad su soledad.

En cambio, si la atribución se hacía a causa interna-inestable, pensando que no ponían de su parte el esfuerzo necesario, y que esta era la causa de su soledad, estos individuos se hallaban menos apenados y eran los mas optimistas sobre la posibilidad de modificar la situación.

Las causas externas inestables (por ejemplo, estoy solo o sola precisamente por haberme trasladado a otra zona) proporcionaban mayor esperanza de cambio, en tanto que las causas externas-estables conducían a menudo a hostilidad (por ejemplo, la gente me excluye intencionadamente).

Sin embargo el paso de la infancia a la adolescencia esta marcado por una ruptura y de desequilibrio que son reflejo de una organización psíquica anterior ampliamente determinada desde el nacimiento por factores de orden genético familiares, social.

Desde el punto de vista Sociocultural, la familia es muy importante para su desarrollo interactivo de los adolescentes, según exponen autores como Papalia (2004), consideramos las más importantes de acuerdo a los tipos de familia:

a. **Extensa:**

Es la conformada por una pareja o uno de sus miembros, con hijos, que cuenta, además, con otros miembros, como pueden ser Abuelos, abuelas, nietos y otras personas acogidas. Las familias extensas comprenden una realidad muy distinta a las décadas anteriores, Hoy representan a más del 28%, pero albergan una diversidad de situaciones de difícil registró.

b. **Nuclear:**

Este término apareció en Occidente para referirse a dos Adultos que ejercen el papel de progenitores y sus hijos. También Abarca a parientes próximos u otros grupos nucleares. Se refiere a la estructura compuesta por una figura

c. **Monoparental:**

Parental, asumida por un adulto o, en ocasiones, por un menor que cumple sus funciones.

d. **Neo familia:**

Núcleo familiar unido por vínculos afectivos o de Conveniencia y que habitan un mismo espacio físico u hogar. Por otro lado, según los patrones de interacción y comunicación se establecen diferentes tipos de estructura familiar como son:

- **Familia rígida:** Se trata de un grupo familiar que establecen sus normas y valores, no permitiendo la adaptación de nuevas propuestas, mantienen los mismos modelos de interacción dificultando el desarrollo, crecimiento e independencia de sus miembros.
- **Familia sobreprotectora:** Se caracteriza porque los progenitores instauran medios exagerados de protección ante lo que consideran Peligroso. Tienden a satisfacer de manera absoluta e inmediata las Necesidades de sus miembros, lo que conduce a una dificultad en el desarrollo de la autonomía y al desarrollo de sentimientos de Inseguridad e incompetencia, generando una incapacidad en la resolución de problemas individuales.
- **Familia amalgamada:** Es aquella en la cual su bienestar está centrado en la una dependencia entre sus miembros sin poder crearse de forma Satisfactoria la individualización e independencia de sus individuos.
- **Familia centrada:** En este caso, la resolución de los conflictos es llevada a cabo por uno de sus miembros, de modo que la estabilidad de La familia depende del miembro hacia quien se encuentra desviada toda La atención. Genera sentimientos de culpa, ansiedad y dependencia.

- **Familia evitadora:** Se muestran intolerantes al conflicto, evitando enfrentarse a situaciones. No tienen capacidad para aceptar la crítica, ni Momentos críticos al no aceptar los conflictos. Ante esta situación, sus Miembros se muestran incapaces de aprender habilidades sociales para La negociación de conflictos y la comunicación.
- **Familia pseudo-democrática:** Este tipo de familia está caracterizada por mostrar adaptabilidad en normas, valores y criterios dando lugar a que cada uno de los miembros establezca los suyos propios.

Elena de la Peña Fernández (2010) propone que La familia es el primer ámbito social para el individuo y el contexto más primario de socialización, ya que transmite valores y visiones del mundo e instaura las primeras normas de conducta. Las experiencias familiares en la niñez determinan comportamientos adultos.

Al respecto, los tipos de comportamiento que han sido estudiados como consecuencia de las experiencias familiares han sido los llamados “problemáticos”, tales como psicopatologías, agresión y delincuencia. Se ha prestado, sin embargo, menos atención a características positivas de los individuos.

Así, por ejemplo, la responsabilidad y el altruismo han sido obviadas en la mayoría de las ocasiones. Aunque se incida en factores de riesgo para conductas problemáticas, la familia también puede ejercer de factor protector enseñando o reforzando actitudes pro sociales.

3. EL AISLAMIENTO:

Para Mancinelli, antes que un trastorno individual, el aislamiento de los hijos adolescentes es "un síntoma de naturaleza sistémica, por cuanto necesita contar para su desarrollo con la colaboración o la complicidad de la familia.

En una familia bien estructurada, saludable, permeable y con intereses diversos, difícilmente se pueda desplegar una conducta como esta", afirma. El aislamiento 2008.

Tomando como referencia los estudios de Iglesias, M. (2011). El aislamiento adolescente como problema psicológico serio se define como aquel joven que se siente abrumado por la propia sociedad e incapaz de cumplir los roles sociales que se espera de él, reaccionando con un aislamiento social.

El aislamiento es algo normal en la adolescencia y forma parte de la ruptura en esta edad con la figura paterna y de la búsqueda de la propia identidad, aun así en los últimos años, con el desembarco de internet y otras nuevas tecnologías en sus dormitorios, esa conducta ha llegado a derivar en casos de aislamientos extremos.

Es difícil dilucidar cuándo la reclusión parte de una personalidad temerosa e insegura y cuándo se trata de otros tipos de problemas. Para ellos raramente esto será un problema y suelen ser los padres quienes detectan el mal. El problema aparece cuando el chico deja de tener amigos, sus vínculos solo son virtuales, cuando rehúsa la compañía o prácticamente vive en su habitación donde incluso come. Si el joven tiene dificultades en este paso a la edad adulta, el aislamiento es una fácil salida a sus problemas, y Internet le ayudara a mantener vínculos sociales irreales y que no requieren de un esfuerzo de adaptación. Cuando este tipo de situaciones se produce es el momento en que hay que recurrir a buscar ayuda para valorar, primero de todo, si hay que efectuar algún tipo de tratamiento.

3.1.CARACTERISTICAS DEL AISLAMIENTO:

Los cambios estructurales, sociales y culturales, han modificado las formas básicas en que las personas establecen sus contactos interpersonales. El debilitamiento de los vínculos familiares, la acentuación del individualismo, hasta el nivel del egoísmo, la fragmentación de los lazos sociales, han ocasionado un serio riesgo para la salud física y mental de las personas, menoscabando su capacidad de afrontamiento de

situaciones estresantes. La adolescencia. Una época de oportunidades unicef informe (2011).

Arivilca Alcarraz, L. (2003). Nos indica que los individuos tienden a percibirse como constituidos por un cuerpo de necesidades que deben ser satisfechas constantemente y aunque establezcan vínculos con otros semejantes, la fragmentación de la experiencia y la progresión del individualismo, que destruye los vínculos comunitarios de sostén, hacen que se encuentren fundamentalmente solos entre otros individuos que persiguen su propia satisfacción.

Es así, como en la actualidad se ha producido en los individuos, especialmente en las grandes ciudades, un incremento del aislamiento social y de la experiencia de soledad. Ambos fenómenos pueden coexistir, aunque uno no implica necesariamente al otro. No obstante, se ha considerado frecuentemente al aislamiento social como una situación que predispone a la aparición del sentimiento subjetivo de soledad.

"Por la vulnerabilidad propia de su edad, los adolescentes necesitan aislarse, recluirse, construir un mundo fuera del mundo adulto para luego, armada su identidad, afrontar el afuera. Pero este recluirse es ocasional", explica la psicóloga Susana García Machado señalando el límite entre una conducta esperada y otra que, al tornarse habitual, podría esconder un trastorno. Aislamiento adolescente, un trastorno que gana terreno. (2010).

La diferencia entre "la crisis de la adolescencia, donde tal vez por un enojo con su familia el chico decide no salir de su habitación en toda la tarde", y un trastorno, está - a criterio de la especialista- en el grado de aislamiento. El problema surge cuando "no hay amigos a los que él llame o sea convocado por pares", cuando los vínculos genuinos son reemplazados por otros virtuales.

En este contexto, el acceso a tecnologías dentro de los propios ámbitos frecuentados de los adolescentes juega un papel decisivo. Pues al chico que presentaba serios problemas al momento de integrarse socialmente, la televisión, la computadora y

juegos en su cuarto le dan la oportunidad de evitar aquellas situaciones en que necesariamente será puesta a prueba su capacidad de respuesta social, lo que para el adolescente le es más cómodo; evitarse problemas.

"Cuando el adolescente se niega a compartir todas las actividades, incluso con sus pares, y hasta llega a abandonar la escuela, estamos frente a una patología que requiere urgente atención especializada", dice por su parte la psicóloga Laura Mariani. El problema está en que tal cambio de conducta suele darse en forma "sutil y paulatina, por lo que resulta muy engañoso", comenta.

"Generalmente, en su inicio, los padres lo bautizan como una manifestación propia de la 'edad del pavo'. A veces rotulan a su hijo como introvertido, difícil, acomplejado o raro, instalándose así en la queja y no en la búsqueda de una solución", observa Mariani. Aislamiento adolescente, un trastorno que gana terreno. (2010).

Es difícil saber cuándo el retraimiento tiene origen en una personalidad temerosa e insegura y cuándo se trata de la respuesta a una vinculación familiar defectuosa o conflictiva se ve como algo normal en todo adolescente.

3.2.MODO DE VIDA DEL AFECTADO:

Estos adolescentes con tendencia al aislamiento, son poco propensos al diálogo y a la comunicación y sustituyen las experiencias interpersonales con ensueños y también con compañeros imaginarios muy reales. Esta idealización puede ser posteriormente una barrera en las relaciones interpersonales futuras. El Adolescente aislado, (2011).

La vida del adolescente promedio es una constante interacción con sus pares del mismo o diferente sexo. Sin embargo cuando un adolescente carece de habilidad de comunicar su mundo interno dentro de su familia, no va a poder establecer relaciones mutuamente satisfactorias socialmente hablando.

Es muy frecuente escuchar a los padres con hijos adolescentes decir, que hablar con sus hijos es lo mismo que hablar con las paredes. Cuando consiguen que emitan algún

sonido, hablan en monosílabo. Este silencio, en general, pone a los padres los pelos de punta, los descoloca, no saben qué hacer. Los adolescentes, entre las etapas que pasan en su desarrollo, se encuentran con el nacimiento de la intimidad. Para evitar que los padres se desesperen por su silencio, entre otras cosas, es recomendable que sepan qué características tiene éste, y aprendan el aspecto positivo que tiene la búsqueda de la intimidad. Y recién después, sacar las conclusiones de acuerdo a las características del hijo para manejar la situación.

Iglesias, M. (2011) considera que, "A medida que el adolescente avanza en la exploración de su mundo interior, siente la necesidad de aislarse", así puede explorarlo, identificar su riqueza. Así nace la intimidad personal. Ésta alude "algo que hay en la persona de más interior, que es justamente lo más propio de ella, lo más sustancial. Por eso, el nacimiento de la intimidad es el despertar de la capacidad para la vida interior". Si el adolescente logra proyectar su vida desde lo más íntimo de su ser, obrará por motivos más profundos, indica G. Castillo, doctor en Ciencias de la Educación.

El adolescente busca autonomía, centrándose cada vez más en su propia persona y así tiene un mejor conocimiento propio, de su interioridad. Trata de diferenciarse de los demás, y por ello muchas veces, hay roces con todo lo que implique autoridad. Necesitan aislarse para pensar y reflexionar acerca de quiénes son.

Al respecto Iglesias, M. (2011). Adolescentes que se aíslan: un nuevo trastorno de conducta, asegura que "No hay que confundirse con el encierro normal de todo adolescente, que es capaz de tirarse horas en la cama simplemente para no hacer nada. "Ese aislamiento es normal, porque el adolescente debe distanciarse de las figuras parentales". Tampoco es grave si navega en Internet, pero además hace otras cosas y tiene amigos. Lo preocupante es que tenga cortado su lazo con el afuera", explica Justo. Esos sí son casos extremos. En Japón es tema nacional. Estiman que uno de cada diez adolescentes —más de un millón—, sufre este trastorno al que llaman hikikomori, que significa inhibición, reclusión, aislamiento. En general son hijos únicos a los que los padres les dan todo, pero ellos no les hablan y tampoco tienen

amigos. La preocupación es tal que ya hay una treintena de libros, documentales y una película.

Está claro que entre Japón y Argentina hay un abismo cultural y económico, pero el trastorno también se expresa aquí. Se da en las clases media y alta, en aquellos hogares donde los chicos tienen la tecnología al alcance de la mano. "Aparece en adolescentes y jóvenes de veinticinco. Se recluyen en sus casas y llegan a abandonar sus estudios para no salir

3.3.AISLAMIENTO EN VARONES Y MUJERES

Las características de la soledad y aislamiento según género son mencionadas por Díaz, R.; Oliveros, G. y otros (2009):

A. Aislamiento en varones

Según una investigación realizada por Berg y Peplan (1982), en los varones se muestra un aislamiento mayor solo con el sexo opuesto que con su mismo género.

Para Koenig, Isaacs y Schwartz (1994) en los varones los síntomas depresivos son mayormente asociados al aislamiento, además, tienden a percibir los síntomas depresivos con el fenómeno de todo o nada, por lo que los síntomas son reportados como depresivos sólo cuando se experimentan intensamente, otra diferencia para los varones es que cuando se sienten tristes o deprimidos tienden a encerrarse en ellos mismo y no buscan compañía.

B. Aislamiento en mujeres

Sobre una base de 25 observaciones Archer concluye que las mujeres que tienden a aislarse no son personas introvertidas; también se muestran que entre ambas variables existe una alta correlación y que el número de adolescentes mujeres que se reportan como depresivas es el doble a la de los varones adolescentes.

Para Koenig, Isaacs y Schwartz, 1994) las mujeres cuando se sienten deprimidas buscan la compañía de sus amistades por lo que podrían ser depresivas, pero no necesariamente solitarias, de esa manera evitan el aislamiento.

4. ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad.

El Ministerio de Salud (MINSA) define la adolescencia como la población comprendida desde los 12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días; considerándose tres fases; adolescencia inicial de 12 a 14 años, adolescencia media de 14 a 16 años y la adolescencia tardía de 16 a 18 años. (Coleman/Hendry ,1999)

4.1. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

A) Adolescencia Temprana (De Los 10 A Los 14 Años)

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. Es durante la adolescencia temprana que tanto las y los adolescentes cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan.

Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. La adolescencia temprana debería ser una etapa en los adolescentes cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos adolescentes esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar. (Labake, Julio Cesar, 1996)

B) Adolescencia Tardía (de los 15 a los 19 años)

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendiente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. La temeridad es un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”—declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente

la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol. En la adolescencia tardía, las mujeres suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. (Labake, Julio Cesar, 1996)

4.2.CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

A) Búsqueda De Identidad

Búsqueda de la identidad es un viaje que dura toda la vida, cuyo punto de partida está en la niñez y acelera su velocidad durante la adolescencia. Como Erik Eriksson (1950) señala, este esfuerzo para lograr el sentido de sí mismo y el mundo no es “un tipo de malestar de madurez” sino por el contrario un proceso saludable y vital que contribuye al fortalecimiento total de del ego del adulto (Labake, Julio Cesar, 1996).

B) Identidad Frente a la Confusión de la Identidad:

Para formar una identidad, el ego organiza las habilidades, necesidades y deseos de una persona y la ayuda a adaptarlos a las exigencias de la sociedad. Durante la adolescencia la búsqueda de “quién soy” se vuelve particularmente insistente a medida que el sentido de identidad del joven comienza donde, donde termina el proceso de identificación. La identificación se inicia con el moldeamiento del yo por parte de otras personas, pero la información de la identidad implica ser uno mismo, en tanto el adolescente sintetiza más temprano las identificaciones dentro de una nueva estructura psicológica. Eriksson concluyó que uno de los aspectos

más cruciales en la búsqueda de la identidad es decidirse por seguir una carrera; como adolescentes necesitan encontrar la manera de utilizar esas destrezas; el rápido crecimiento físico y la nueva madurez genital alertan a los jóvenes sobre su inminente llegada a la edad adulta y comienzan a sorprenderse con los roles que ellos mismos tienen en la sociedad adulta. Erickson considera que el primer peligro de esta etapa es la confusión de la identidad, que se manifiesta cuando un joven requiere un tiempo excesivamente largo para llegar a la edad adulta (después de los treinta años). Sin embargo es normal que se presente algo de confusión en la identidad que responde tanto a la naturaleza caótica de buena parte del comportamiento adolescente como la dolorosa conciencia de los jóvenes acerca de su apariencia. De la crisis de identidad surge la virtud de la fidelidad, lealtad constante, fe o un sentido de pertenencia a alguien amado o a los amigos y compañeros. La fidelidad representa un sentido muy ampliamente desarrollado de confianza; pues en la infancia era importante confiar en otros, en especial a los padres, pero durante la adolescencia es importante confiar en sí mismos. (Labake, Julio Cesar, 1996).

C) Inserción de la Comunidad

Es necesario prever el ambiente favorable en el que, antes de cualquier otra cosa, se aprendan los sentimientos, los valores, los ideales, las actitudes y los hábitos de significación ético social. Es ésta una responsabilidad precisa primero de la familia y después de la escuela; formar en los muchachos personalidades socialmente adaptadas de modo que, al salir del círculo familiar y escolar, puedan ocupar el lugar que les corresponden en la comunidad de los ciudadanos. Hay en las jóvenes actitudes que puedan llamarse prevalentemente sociales, porque están fundadas en necesidades que están en sí mismas orientadas socialmente a la necesidad de aprobación de conformidad, de reconocimiento y participación. Estos factores llevan a la formación de grupos sociales como: clubes, equipos, fraternidades, organizaciones juveniles, etc. La función específica de tales grupos es la de favorecer el proceso de socialización mediante la comunicación entre los hombres. Con participación activa de estos grupos, los adolescentes pueden adquirir muchos

de los conceptos fundamentales y de los procedimientos que están en la base de una prospera vida social. Las actividades juveniles hacia la sociedad consideradas globalmente son más bien pesimistas, en el sentido que la sociedad se considere como una construcción arbitraria hecha por los adultos. Esta sociedad de adultos produce en muchos un estado de ánimo de repulsión, en las transacciones, en la astucia o en la fuerza, y muy raras veces en la honestidad. Por eso la problemática de la sociedad requiere una técnica adecuada de tipo organizativo para que puedan concretarse positivamente. Su realización descoordinada acaba por disocializar realmente al individuo en los umbrales de la madurez. Muchas actividades antisociales de los adultos se ven como productos de inadaptaciones precedentes de tipo conflictivo acaecidas en el ámbito de la vida de grupo durante la edad evolutiva. (Aguirre Bastan, Ángel, 1994).

D) Desarrollo Sexual del Adolescente

Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual. En ésta etapa su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como la ausencia de los conocimientos adecuados a cerca de la sexualidad.

E) Identidad Sexual

La orientación sexual del adolescente, al margen de las prácticas que puedan haber existido inicialmente, puede dirigirse hacia personal del mismo sexo del propio sexo o hacia actividades sexuales peculiares. La homosexualidad no es una enfermedad ni un vicio, sino una particular orientación del deseo ante la que hay que dejar de lado todo el prejuicio moralizante y toda idea preconcebida. La relación sexual, en el ser humano, no se limita a un comportamiento encaminado a la reproducción, sino que pone en juego un profundo intercambio de deseos y peculiaridades individualidades.

Durante la adolescencia, el deseo sexual de los jóvenes puede verse afectado por tendencias particulares (fetichismo, sadismo, masoquismo), exactamente como sucede con los adultos. Al analizar la sexualidad de los jóvenes durante la adolescencia hay que referirse, casi siempre, a prácticas más que tendencias. Su verdadera definición sexual puede discurrir por causas muy distintas a determinadas conductas específicas que de forma ocasional puedan aparecer. Nada está consolidado en ellos ni nada es aún definitivo

F) El Egocentrismo Racional.

Toda nueva habilidad intelectual suele dar lugar, al principio, a una interpretación egocéntrica del mundo, que el sujeto elabora centrándose en esta habilidad. Por eso se ha hablado de un egocentrismo racional e intelectual que aparece en el adolescente, en el estadio de las operaciones formales, equiparable en algunos aspectos el egocentrismo que se ha manifestado en el lactante y en el niño durante la primera infancia. Esta nueva forma de egocentrismo es fruto del mismo desarrollo intelectual que está a punto de ser culminado en los años de la adolescencia. El joven, en efecto, cuando ha aprendido a utilizar los conceptos abstractos, cree que las reflexiones y teorías son poco menos que todopoderosas, y sin detenerse a pensar que cualquier conclusión lógica ha de venir refrendada por la realidad, el mundo, lo que en su opinión debe concluir con sus razonamientos, y no a la inversa.

4.3.AMBIENTE SOCIAL DEL ADOLESCENTE

E) Los Amigos Y Enemigos

El perfeccionamiento de las funciones intelectuales permite al individuo ser cada vez más independiente en sus ideas, teorías y juicios. Esto, no obstante, no rige para el círculo social al que voluntariamente pueden vincularse. El adolescente se siente enormemente atado a su grupo y, más aún, si cabe, a sus amigos.

F) Desarrollo Afectivo

Tras el período turbulento de la pre adolescencia, la conducta de los jóvenes suele sosegarse. Las relaciones familiares dejan de ser un permanente nido de conflictos violentos y la irritación y los gritos dejan paso a la discusión racional, al análisis de las discrepancias y hasta a los pactos y los compromisos. Esto significa que el adolescente ha conseguido librar con éxito el postrer combate contra las exigencias libidinales infantiles, de las que no obtiene ya satisfacción, y está dispuesto a afrontar las dificultades que conlleva su nueva condición, por fin plenamente asumida, de joven adulto. A partir de este momento, el conflicto se desplaza desde la ambivalencia afectiva a la reivindicación de ciertos derechos personales, entre los que destacan las exigencias de libertad e independencia, la libre elección de amistades, aficiones, etc. El adolescente intenta experimentar sus propios deseos más allá del estrecho círculo de las relaciones familiares y para ello necesita imaginarse reprimido por los padres, lo esté o no. La fantasía de represión de sus iniciativas es estructurar para su afectividad, que obtiene una base firme para iniciar experiencias adultas. La represión real, por el contrario, coloca al adolescente en una situación de desequilibrio, que puede precipitar prematuramente los tanteos del joven en el mundo de los adultos, o bien –operando en sentido contrario- desacreditarlos por completo.

En resumidas cuentas: en este segundo momento de la adolescencia, los intereses afectivos de los jóvenes abandonan masivamente el ámbito familiar, estableciendo nuevas elecciones de objetos afectivos extra familiares, como es propio de todo adulto. El problema reside en que la afectividad va más allá de la familia, pero el adolescente sigue viviendo –y tal vez por mucho tiempo- en el domicilio paterno.

G) Desarrollo Social

El desarrollo social del adolescente empieza a manifestarse desde temprana edad, cuando en su infancia (podemos decir a partir de los 10 años) empieza a

pertenecer a pequeñas pandillas con la única finalidad de jugar y de hacer travesuras. A medida que se va desarrollando empieza a ver otras inquietudes a la hora de elegir a un amigo es electivo tienen que tener las mismas inquietudes, ideales y a veces hasta condiciones económicas; el grupo es heterogéneo compuesto de ambos sexos ya no es como anteriormente mencionamos las pandillas que en su mayoría eran homogéneas esto la mayoría de sus veces trae como consecuencia la mutua atracción, gustarse el varón y la niña empieza con sus tácticas amorosas pero esto lo hablaremos en el desarrollo sexual más ampliado.

El grupo adolescente se inicia sólo con dos el adolescente y el amigo precisamente el paso de un grupo al otro se caracteriza porque el muchacho ya no se interesa por las aventuras de pandilla a la que siempre ha pertenecido y busca la soledad; se asocia a un compañero, nada más que a uno; así inicia el grupo puberal. Algunos psicólogos se refieren a ésta etapa como una de la más crítica del ser humano ya que el adolescente ve a la sociedad o al mundo como un tema de crítica y rechazo, rompe el cordón umbilical que lo liga a los padres, desconoce la autoridad o cualquier liderato y entre en ese período transitorio en donde no se pertenece a una pandilla pero tampoco forma parte de un grupo puberal.

La comprensión la buscan fuera, en los compañeros, en los amigos, hasta encontrar el que va a convertirse en su confidente, el adulto o los padres no llenan esos requisitos. La crítica y los sentimientos trágicos son la fuente de una conversación en dos adolescentes; hablan de las muchachas, de los paseos y fiesta de los conflictos con los padres o depresiones. Estas conversaciones están llenas de resentimientos imprecisos y son la fuente de verdaderas críticas normativas. Esas conversaciones sirven para dejar salir sus preocupaciones y dar descanso al estado trágico. A veces las amistades en la adolescencia son pasajeras esto se debe como anteriormente menciona vemos que ellos se unen por ser semejantes pero a medida que pasa el tiempo sus intereses van cambiando, pronto su sentido social los lleva a extender el número de

miembros. Ahora bien, todos los adolescentes pasan por lo mismo estado psíquicos. Cuando la amistad está formada por dos muchachos cuya situación conflictiva con el mundo es grave el lazo de unión lleva a una fuerte dosis de resentimiento, todo gira en torno a actos de transgresión que llamaremos conducta antisocial.

H) Desarrollo De La Personalidad

Sobre el desarrollo de la personalidad se han desarrollado variadas teorías, por parte de diferentes autores dedicados al estudio de los diversos aspectos que influyen en el desarrollo y comportamiento del individuo en la adolescencia. La adolescencia es, si se quiere una etapa muy delicada y clave en el desarrollo de la personalidad que va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad. Según algunos autores, se creía, que el temperamento y el carácter, integrantes principales de la imagen corporal estaban determinados biológicamente y venían predicados por la información general. La imagen corporal adquiere mayor importancia cuando el adolescente se encuentra en grupos que dan demasiada importancia a los atributos físicos tanto del varón como la hembra, o cuando en su entorno familiar o social se burlan de cualquiera de sus características físicas, estatura, contextura, color, etc. La imagen corporal se toma más en cuenta en la hembra que en el varón y hasta en algunos casos determinan la profesión escogida. Pero es necesario hacer hincapié, que aunque la imagen corporal juega un papel en el desarrollo de la personalidad, son factores de mayor importancia el ambiente donde se mueve el joven, la familia y los valores que se mueven a su alrededor y de vital importancia la motivación como el motor que pone a funcionar todas sus acciones hacia el logro de metas trazadas. (Aguirre Bastan, Ángel, 1994)

4.4.PROBLEMAS DE LA ADOLESCENCIA

A) Las Tensiones Internas

El incremento de la tensión psíquica hasta cotas insospechadas es el primer resultado de la reaparición de deseos inconscientes reprimidos durante infancia. El preadolescente se halla mal preparado para resistir esta tensión, que ocasionalmente se descarga a través de actitudes antes desconocidas. Egoísmo, crueldad, suciedad, o dejadez. Son comportamientos propios de una primera y más conflictiva etapa de la adolescencia, en la que la tormenta pulsional que se está desatado arrastra pulsiones parciales pre-genitales. (Orales y anales, agresivas y sádicas) que el joven no consigue controlar con eficacia, y para las que busca una satisfacción impostergable.

B) Disolución De La Identidad Infantil

Suponiendo que el niño o la niña hayan crecido bajo un modelo educativo ni demasiado rígido, ni demasiado permisivo (lo que coincide, afortunadamente, con la mayoría de los casos), el periodo de crisis preadolescente, entre los trece y los quince, debe ser superado con éxito.

Durante este período la lactancia, en efecto, se consolida la seguridad y la confianza en sí mismo adquiridas tras la primera infancia, y ahora, al enfrentarse con nuevos conflictos, saben resistir mejor los vaivenes emocionales a que son sometidos por la renovación pulsional: el tormentoso oleaje de los deseos reprimidos y las satisfacciones anheladas. La disolución de la identidad infantil coincide entonces con el segundo y definitivo final de la crisis edipiana, renovada en parte tras la pubertad. Esto comporta la renovación de la castración sobre las pulsaciones pre-genitales (orales, anales, fáticas) y sobre todos los deseo genitales que tengan algo de incestuoso.

4.5.EL ADOLESCENTE EN LA FAMILIA

Uno de los tópicos más generalizados sobre la adolescencia es el que durante este periodo se producen importantes conflictos en la relación del joven con sus padres. Bogardus E. (1963) en un extremo está la perspectiva psicoanalítica, que habla de la explosión de conflictos, rebelión del adolescente y separación emocional respecto a los padres.

La adolescencia se caracteriza por dar lugar a una serie de cambios en la relación que chicos y chicas establecen con sus padres, pero estos cambios no tienen que suponer necesariamente la aparición de conflictos graves. Laursen y Collins,(1994) citado por Palacios, J. et.al (2004) señalan que , menos de un 10% de familias parecen atravesar dificultades serias durante esta etapa y, sin duda, muchas de ellas ya atravesaban problemas durante la infancia. Chicas y chicos se vuelven más asertivos, pasan más tiempo fuera de casa y disminuye el número de interacciones positivas con los padres. Por lo tanto parece que la pubertad coincide con el momento de mayor conflictividad en cambio en la adolescencia tales conflictos disminuyen a la vez que aumenta la intensidad afectiva con la que el adolescente experimenta estos problemas.

Estos conflictos suelen originarse porque mientras que los adolescentes consideran estos asuntos como parte de su vida privada que les incumbe sólo a ellos, sus padres aún se consideran con el derecho de establecer reglas al respecto. Acompañado a este proceso la percepción que el adolescente tiene de sus padres experimenta una clara desidealización Palacios, J. et.al (2004).

Las mejoras intelectuales producidas por los cambios cognitivos van a permitir al joven tener una nueva forma de apreciar las normas y regulaciones familiares, llegando a cuestionarlas.

Otro aspecto destacable es que chicos y chicas empiezan a pasar cada vez mas tiempo con los iguales, lo que les permitirá una mayor experiencia en relaciones horizontales o igualitarias que puede llevarles a desear un tipo de relaciones semejantes en su

familia. En la línea de la perspectiva psicoanalítica los problemas entre padres e hijos tiene un efecto positivo sobre el sistema familiar. Las investigaciones realizadas al respecto Noller, 1994 citado por Palacios, J. et.al (2004) indican que tanto chicos como chicas muestran más comunicación e intimidación sus madres que con sus padres, probablemente sea a que ellas pasan mayormente en casa y están disponibles, y , además muestran más receptividad y sensibilidad a las opiniones e inquietudes de sus hijos.

Los adolescentes tienden a tomar distancia de sus padres es algo natural en la vida; se lo considera incluso propio de esa edad. Sin embargo, en los últimos años, (Bogardus E. 1963) con el uso excesivo de internet y otras nuevas tecnologías en sus dormitorios, esa conducta ha llegado a tomar diversas variantes poco esperadas: chicos que se encierran durante días enteros; que viven de noche y duermen de día, que casi no hablan con sus familias y que poco a poco construyen un aislamiento cada vez más infranqueable y patológico. En la actualidad distintos psicólogos aseguran que las consultas por este tipo de situaciones son cada vez más frecuentes.

Al respecto de la influencia de la socialización Bogardus E.(1963) propone cuatro pilares.

A. Búsqueda de la autonomía.

Ante este proceso de individuación, es frecuente que chicos y chicas experimenten cierta ambivalencia, y que a la vez que disfrutan de los nuevos privilegios, lamenten las nuevas responsabilidades que deben asumir, por lo que pueden añorar los días de su infancia en que sus padres cuidaban de ellos y asumían todas las responsabilidades.

Según Steinberg y Silverberg(1986) la separación afectiva de los padres puede dejar al chico o la chica en un estado de vulnerabilidad y vacío emocional que lo lleve a una excesiva dependencia del grupo de iguales con el objetivo de cubrir este vacío.

En la línea de la Teoría del Apego, Ryan y Lynch(1989) consideran que una elevada autonomía emocional puede estar reflejando una experiencia previa en el entorno familiar de falta de apoyo y aceptación, que no sólo conduce a una mayor autonomía, sino que puede estar interfiriendo con la consolidación de la identidad y la formación de una autonomía positiva.

B. Influencias familiares sobre el desarrollo social.

Los datos disponibles en la actualidad apoyan la hipótesis de que el medio familiar óptimo para el desarrollo y la autonomía el adolescente es aquel que en las relaciones de padres con los hijos combina el afecto con el favorecimiento de la individualidad, mediante conductas que estimulan la autonomía cognitiva y la iniciativa propia. Hay que tener en cuenta que la adolescencia es un periodo de exploración en el que los chicos y las chicas necesitan tener experiencias diversas que van a ayudarles a construir su identidad.

C. Desarrollo del autoconcepto.

No es extraño que, sobre todo en la adolescencia temprana, las definiciones que los chicos y las chicas hacen de sí mismos incluyan muchas referencias a características corporales, ya que su aspecto físico representa una de sus mayores preocupaciones, la cual irá reemplazando poco a poco por aspectos relativos a creencias, su filosofía de vida o sus expectativas de futuro. Así en el autoconcepto de los más jóvenes aparecen las características habilidades sociales que influyen sobre las relaciones con los demás, las que determinan la imagen que los demás tienen de uno mismo.

Es de esperar que el autoconcepto refleje o incluya esas diferencias entre contextos y no sea algo monolítico, sino por el contrario tenga diversos componentes, dando lugar a un autoconcepto múltiple. Sintiendo una verdadera preocupación acerca de cual es sus verdadero yo y cual su yo falso. Sobre todo porque, con frecuencia

chicas y chicos tratan de ajustarse a las expectativas que los demás tienen respecto a ellos.

Las relaciones sociales que establecen los adolescentes van a estar configuradas acorde con las relaciones existentes dentro del seno familiar. Por lo tanto el papel de los padres en la educación de sus hijos determinará el baraje de herramientas efectivas, propias del adolescente. Asomo lo antes expuesto el desarrollo optimo de su autonomía surge del acumulo de diversas y diferentes experiencias, las cuales no serán posibles si los propios padres imponen limites de sobreprotección o de desconfianza o temor al daño del adolescente.

D. Autoestima durante los años de la adolescencia.

“La autoestima es la capacidad de pensar y afrontar desafíos de la vida así como la confianza de saber que tenemos derechos a ser felices, y a disfrutar de los frutos de nuestro trabajo. La disposición de considerarse competente para hacer frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad “(Branden, 1997, p46).

Este proceso en el adolescente viene acompañado de varias dimensiones entre las cuales se hallan las relaciones afectivo-sexuales, las capacidades relacionadas con la orientación profesional o el atractivo físico. Se habla de una autoestima parcial y una autoestima de carácter global.

Sin embargo, un énfasis excesivo en el grupo también puede tener consecuencias graves o negativas, ya que al estar tan centrado en conseguir la aprobación del grupo, los adolescentes pueden mostrar escaso interés por otros dominios, y no reforzarse demasiado por mejorar su rendimiento académico o sus relaciones familiares.

La persona, va creciendo y formando su personalidad dentro del ambiente familiar, que es el principal factor que influye en la formación de la misma. La persona no

nace con un concepto de lo que ella es, sino que estas se van formando y desarrollando progresivamente. Rosales C. & Monserrat M.(2011)“Autoestima en adolescentes en la actualidad”.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1.- TIPO, DISEÑO, METODO

A. Tipo:

La presente investigación es realizada en el área social-educativa es del tipo descriptivo, los estudios a realizar van a especificar y profundizar las características, la relación entre aislamiento soledad y el déficit de habilidades sociales en estudiantes de educación secundaria de condición socioeconómica baja, según sexo y edad.

Estas características serán relacionadas con la investigación cualitativa la cual hará una descripción de los comportamientos derivados del déficit de habilidades sociales y la relación que tiene con la aparición de sentimientos de soledad y aislamiento; obteniendo datos para contrastarlos.

B. Diseño:

El Diseño que utilizaremos en esta investigación es de tipo no experimental transversal correlacional/causal.:

- **No experimental:** Porque estudiaremos los hechos y fenómenos, soledad y aislamiento, tal y como se dan en su contexto natural, sin necesidad de controlar directamente ninguna variable.
- **Transversal:** Porque los datos se tomaran en un solo momento y tiempo único
- **Correlacional/causal:** Porque estaremos estudiando las causas y efectos del comportamiento de la soledad y aislamiento en relación a las habilidades sociales, como fenómenos ya presentes en la realidad

2.- SUJETOS

En la presente investigación utilizaremos el tipo de muestreo intencional ya que investigaremos ciertas características que se han preestablecido de acuerdo a los requerimientos de la investigación, nos estaremos constituyendo en las instituciones educativas del distrito de Miraflores – Arequipa; tomaremos una muestra de 136 estudiantes de ambos sexos con edades que oscilan entre 11 y 16 años, ubicados en condiciones socio económicas baja.

a. Criterios de inclusión

- Aceptación en la participación del estudio
- Condición socio económica baja
- Edad de 11 a 16 años
- Estudiantes de colegios estatales
- Estudiantes de ambos sexos

b. Criterios de exclusión

- Estudiantes de colegio particulares
- Mayores de 16 años

3.- MATERIALES E INSTRUMENTOS

A. Cuestionario de soledad y aislamiento (1996)

a. Nombre original:

Cuestionario de soledad y aislamiento.

b. Autor:

Maria Martina Casullo

c. Procedencia:

Argentina

d. Administración:

Individual o colectiva.

e. Duración:

15 minutos aproximadamente.

f. Aplicación:

Adolescentes.

g. Significación:

Evaluación de soledad y aislamiento en adolescentes.

h. Descripción de la prueba:

Este cuestionario fue creado por Maria Martina Casullo (1996) para evaluar los niveles de Aislamiento en adolescentes que van desde los 12 hasta los 18 años de

edad. También sirve para identificar la incidencia de comportamiento de soledad en los adolescentes.

Cabe resaltar que el instrumento fue validado en nuestro medio por un juicio de expertos; el Dr Julio Cesar Salas Morales, Dr Guillermo Villasante Benavides y el Ps Andrés Luque Ruiz de Somocurcio; docentes de la Escuela Profesional de Psicología de la UNSA, para la aplicación de este cuestionario a dicha investigación

Este cuestionario consta de 25 items. Posee cuatro opciones de respuesta:

- (1) NUNCA : No se identifica en absoluto (1 pto.)
- (2) ALGUNAS VECES : la mayoría de veces no me ocurre o no lo
Haría (2 ptos.)
- (3) MUCHAS VECES : la mayoría de veces me ocurre (3 ptos.)
- (4) SIEMPRE. : Me describe aproximadamente (4 ptos.)

i. Instrucciones

La escala presenta una sola hoja, se les indica a los examinados que no deben de omitir ninguna de las alternativas, en caso de que se presente alguna duda, el examinador debe responde de forma que no influya en la opinión del examinado este responde a cada uno de los reactivos de la escala marcando con una aspa la alternativa que mejor representen su opinión, estas se encuentran en la derecha de la hoja en sus respectivos recuadros.

j. Calificación

Para la interpretación en la escala de soledad se utilizó los siguientes puntos de corte:

- 48 – 36 puntos : persona con alto riesgo a la soledad.
- 36 –24 puntos : persona en un estado de moderación o tendencia a caer en soledad

- 26 – 13 puntos : persona que tiene control y no es propenso a caer en soledad.

Para la interpretación en la escala de aislamiento se utilizó los siguientes puntos de corte:

- 52 – 39 puntos : persona con alto riesgo al aislamiento.
- 39 – 26 puntos : persona en un estado de moderación o tendencia a caer en aislamiento.
- 26 – 13 puntos : persona que tiene control y no es propenso a caer en aislamiento.

k. Validez y confiabilidad

Esta prueba posee validez de contenido, de criterio y conceptual, tal como lo reporta la autora. Cada uno de los 25 ítems que integra esta técnica puede contestarse sobre la base de 4 opciones de respuestas de frecuencia. Los niveles de confiabilidad en términos de consistencia interna son altamente aceptables se calcula la confiabilidad a partir de la técnica de test-retest, (Soledad $\alpha = .81$ y Aislamiento $\alpha = .83$).

La interpretación de este cuestionario se realizara en forma cualitativa y en base al puntaje directo, los puntajes altos indicaran una tendencia a la soledad y aislamiento en cambio puntajes bajos indicaran un buen estado anímico.

B. Batería De Socialización Bas-3 (1989)

c. Nombre original:

Batería de Socialización BAS-3.

d. Autor:

Silva Moreno y Martorell Pallas.

e. Procedencia:

Madrid.

f. Administración:

Individual o colectiva.

g. Duración:

10 minutos aproximadamente.

h. Aplicación:

11 - 19 años.

i. Significación:

Cuestionario que evalúa las siguientes dimensiones de conducta social: Consideración con los Demás, autocontrol en las relaciones sociales (con un polo negativo de conducta antisocial, especialmente de tipo agresivo), retraimiento social, ansiedad social/ timidez y liderazgo. Contiene también una escala de sinceridad.

C. Descripción de la prueba:

Se trata de una batería que evalúa las características de la conducta sociales.

Cara señalar que el instrumento fue estandarizado por Edmundo Arévalo Luna, Magister en Psicología de la Universidad Cesar Vallejo en Trujillo Perú en el 2003.

Los ítems son respondidos marcando con una aspa (X), sobre la opción que el examinado crea conveniente consta de 42 ítems que evalúa las siguientes dimensiones de conducta social:

1. Considerasem com lós demas (Co)

Con 14 elementos detecta sensibilidad social o preocupación por los demás en particular por aquellos que tienen problemas y son rechazados o postergados.

2. Autocontrol en las relaciones Sociales (Ac)

Con 14 elementos recoge una dimensión claramente bipolar que representa en su polo positivo, acatamiento de reglas y normas sociales que facilitan la convivencia en el mutuo respeto, y en el polo negativo conductas agresivas impositivas, de terquedad e indisciplina.

3. Retraimiento Social (Re)

Con 14 elementos detecta apartamiento social tanto positivo como activo de los demás hasta llegar en el extremo a un claro aislamiento.

4. Ansiedad social/timidez (At)

Con 12 elementos en los cuales se detectan distintas manifestaciones de ansiedad (miedo, nerviosismo) unidas a reacciones de timidez (apocamiento venganza) en las relaciones sociales.

5. Liderazgo (Li)

Con 12 elementos donde se detecta ascendencia, popularidad, iniciativa, confianza en si mismo y espíritu de servicio.

6. Sinceridad (S)

Con 10 ítems corregidos en el sentido inverso de la escala L de los cuestionarios de los esposos Eysenk, siguiendo la idea de la versión española EPQJ.

D. Instrucciones

La escala presenta dos hojas, se les indica a los examinados que no deben de omitir ninguna de las alternativas, en caso de que se presente alguna duda, el

examinador debe responde de forma que no influya en la opinión del examinado este responde a cada uno de los ítems, lean la frase atentamente y rellenen la burbuja debajo de la palabra SI, en el caso de que la frase corresponda a sus maneras de ser o de actuar. Si las frases no corresponden a sus maneras de ser o actuar, rellenen la burbuja debajo de la palabra NO, no ay respuestas buenas ni malas todas sirven.

E. Calificación

Las puntuaciones directas de las 6 escalas del BAS-3 pueden obtenerse con la ayuda de plantillas de la corrección. En cada escala la puntuación directa (PD) es la suma de respuestas SI o NO que coincidan con la dirección de la escala, las plantillas de corrección facilitan el recuento. Una vez terminada la corrección y anotadas las puntuaciones derivadas (centiles) elaborar el perfil y sacar las conclusiones pertinentes del mismo.

Respuestas correctas y su puntuación (claves)

1. Consideración con los demás (Co)=14 ítems

SI=3,5,11,12,14,16,17,27,51,59,60,61,66,68 =14

2. Autocontrol en la relaciones Sociales (Ac)= 14 ítems

SI=22,36,46,50,53,73 =6

NO=4,13,34,40,44,56,64,65 =8

3. Retraimiento Social (Re) =14 ítems

SI= 8,9,28,35,42,52,63,69,72 =9

NO=25,30,31,37,47 =5

4. Ansiedad social – Timidez (At)=12 ítems

SI=1,18,19,38,39,43,48,54,55,57,62 =11

NO=33 =1

5. Liderazgo (Li) =12 ítems

SI=2,6,10,20,21,23,26,29,33,45,70,71 =12

6. Sinceridad (S) = 10 ítems

SI=24,75 =2
 NO =7,15,32,41,49,58,67,74 = 8

F. Validez y confiabilidad

El procedimiento en la validez de la BAS – 3 fue correlacionar con otro instrumento ya acreditado como es la prueba CES que evalúa el clima social Escolar en adolescentes.

En una muestra de 210 casos, los resultados de la correlación que se obtuvieron aplicando la BAS-3 y a las dos semanas el CES, sin conocer resultados previamente del primer test, fueron: Índices de correlación entre las pruebas BAS-3 y la dimensión de RELACIONES del CES, en adolescentes de 12 y 14 años de edad

	CES	IM	AF	A	T	Co	OR	CI	Cn	In
				Y	A					
	BAS 3	R	R	R	R	R	R	R	R	R
r	Co	0.5	0.5	0.4	-	-	-0.1	-	-	-
	7	5	2	0.18	0.22		0.18	0.16	0.09	
r	Ac	-	-	-	-	-	0.4	0.5	0.6	-
	0.14	0.09	0.15	0.14	0.22	8	6	1	0.09	
r	Re	0.4	0.6	-	-	-0.1	-	-	-0.1	-0.1
	7	2	0.18	0.13		0.09	0.08			
r	At	0.6	0.8	-	-	-	-	-	-	-
	8(*)	0(*)	0.13	0.07	0.08	0.02	0.14	0.11	0.08	
r	Li	0.4	0.5	-	-	0.7	-	-	-	0.6
	9	1	0.12	0.04	1	0.06	0.03	0.05	6(*)	
r	S	0.7	0.5	-	-	0.6	0.6	0.6	0.7	-
	4(*)	9(*)	0.07	0.09	5(*)	5(*)	0(*)	1(*)	0.07	

4. RECOLECCION DE DATOS

Para la selección de esta muestra solicitaremos la participación voluntaria de los estudiantes que deseen estaremos visitando diferentes Instituciones Educativas de nivel secundario de la ciudad de Arequipa que estaremos visitando; para luego aplicarles el test y el cuestionario antes mencionados. Se tomaran 20 alumnos por grado haciendo un total de 100 por colegio. Siendo un numero de 4 colegios en total para nuestra muestra.

Seguidamente se realizara el cronograma para la realización de las pruebas dentro de las instituciones, una vez terminada la evaluación se procederá al procesamiento, análisis e interpretación de los datos

Es así que al concluir la presente investigación a través de esta técnica vamos a lograr hacer una aportación en cuanto a programas sociales y estrategias de interrelación y comunicación que proporcionaran bases para el desarrollo y afianzamiento de habilidades sociales en jóvenes para así disminuir la prevalencia de comportamientos de soledad y aislamiento.

5. ANALISIS E INTERPRETACION

Para el análisis de datos utilizaremos diferentes representaciones gráficas y para la correlación Utilizaremos la prueba estadística de Espearman la cual estará sustentada por los resultados obtenidos tanto del cuestionario como de la batería evaluadora, ya antes mencionadas a los estudiantes de secundaria de ambos sexos.

6. PROCEDIMIENTO

- Primera fase: Recabar información de distintas fuentes (consultar bibliografía) sobre los rasgos de personalidad que estarían predominando en los estudiantes fieles y no fieles según su edad y género: en función del conocimiento o las teorías existentes investigaciones realizadas y toda la información disponible.

- Segunda fase: Se definió lo que se va a investigar, lo cual implica la identificación y planteamiento de problema de investigación y justificación del estudio, se formularon los objetivos y la hipótesis así como las variables.
- Tercera fase: Se planificó como se iba a llevar a cabo la investigación, es decir; se diseñó la metodología del trabajo con el fin de cumplir con los objetivos y comprobación de la hipótesis, en esta fase se define el método, tipo y diseño de la investigación, población y muestra, el instrumento de la recolección de datos así como el plan de análisis e interpretación de los resultados en función del problema que se investigó.
- Cuarta fase: Se coordinó con los diferentes directores de las instituciones educativas, para que se pueda acceder a sus alumnos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Resultados de la Investigación

Para lograr una mejor presentación de los datos de estudio utilizaremos tablas de datos y presentaciones gráficas, las cuales nos permitirán entender una mejor interpretación de los resultados.

TABLA N° 1

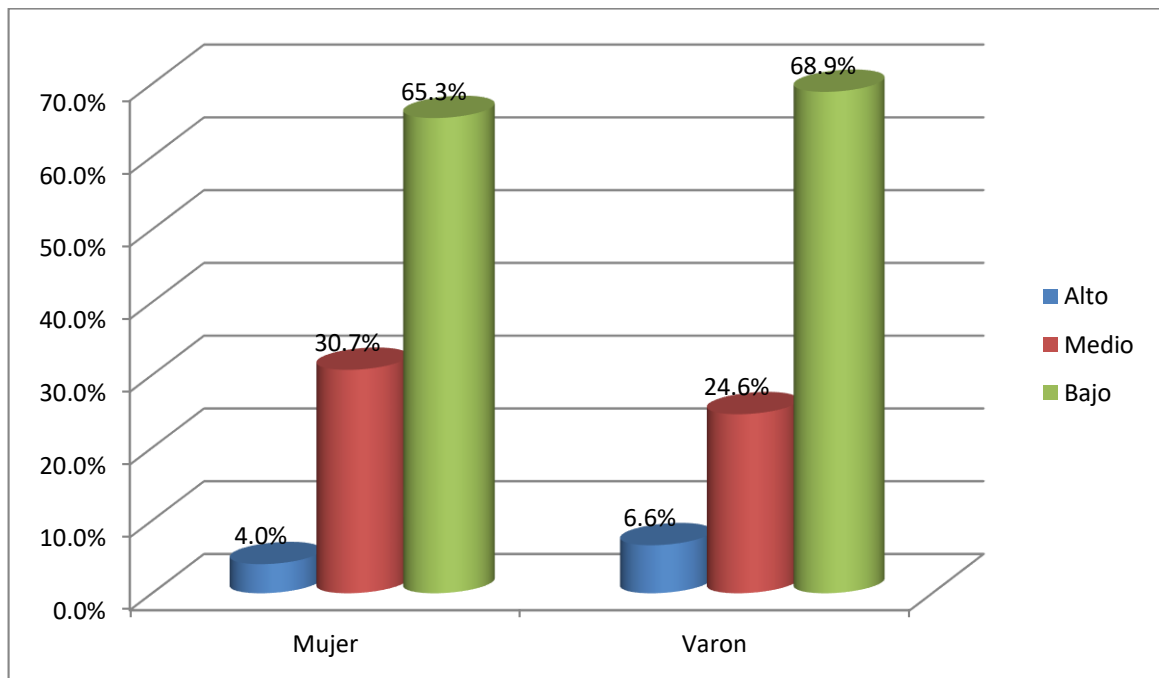
CONSIDERACIÓN CON LOS DEMÁS SEGÚN SEXO

	Mujer	%	Varón	%
Bajo	49	65.3	42	68.9
Medio	23	30.7	15	24.6
Alto	3	4	4	6.6
TOTAL	75	100	61	100

Observamos que según una de las dimensiones del BAS-3- consideración con los demás según sexo, tanto varones (68,9%) como mujeres (65,3%), poseen un nivel bajo, el (30,7%) de varones con el (24,6%) de mujeres, poseen un nivel medio, por el contrario un menor porcentaje de la población referencial (varones (6,6%) y mujeres (4%).

GRAFICA N° 1

DIMENSION “CONSIDERACIÓN CON LOS DEMÁS” SEGÚN SEXO



De acuerdo al gráfico1 podemos apreciar que tanto varones como mujeres, en un alto porcentaje poseen un nivel bajo en lo concerniente a la dimensión “Consideración hacia los demás”. Por lo contrario, un menor porcentaje de la población referencial (hombres y mujeres) si cuentan con los recursos adecuados para poder entender y desenvolverse con formas de personalidad distintas a las propias.

TABLA N° 2

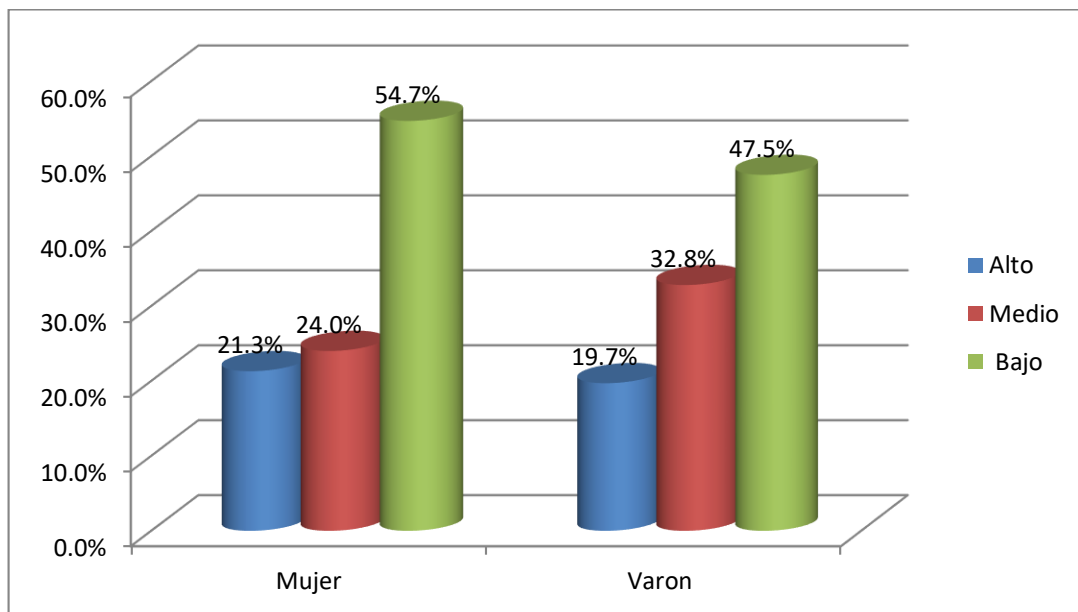
DIMENSIÓN “AUTOCONTROL EN LAS RELACIONES SOCIALES” SEGÚN SEXO

	Mujer	%	Varón	%
Bajo	41	54.7	29	47.5
Medio	18	24	20	32.8
Alto	16	21.3	12	19.7
TOTAL	75	100	61	100

Con respecto a la dimensión “autocontrol en las relaciones sociales según sexo”, se puede observar que hay una prevalencia porcentual circundante a la media entre varones (47.5%) y mujeres (54.7%) con un nivel bajo en autocontrol en relaciones sociales, así mismo el 24% mujeres y el 32.8% varones muestran un nivel medio; sin embargo el 21.3% de mujeres y el 19.7% de varones muestran un alto nivel de autocontrol en sus relaciones sociales.

GRAFICO N° 2

DIMENSIÓN “AUTOCONTROL EN LAS RELACIONES SOCIALES” SEGÚN SEXO



De acuerdo al Grafico N°2 se puede observar que hay una prevalencia porcentual circundante a la media, propias a un nivel bajo de Autocontrol en las Relaciones Sociales. Mientras que no hay diferencias muy marcadas en la cantidad porcentual de los demás indicadores. Sin mencionar que los datos entre varones y mujeres tampoco evidencia grandes diferencias.

TABLA N° 3

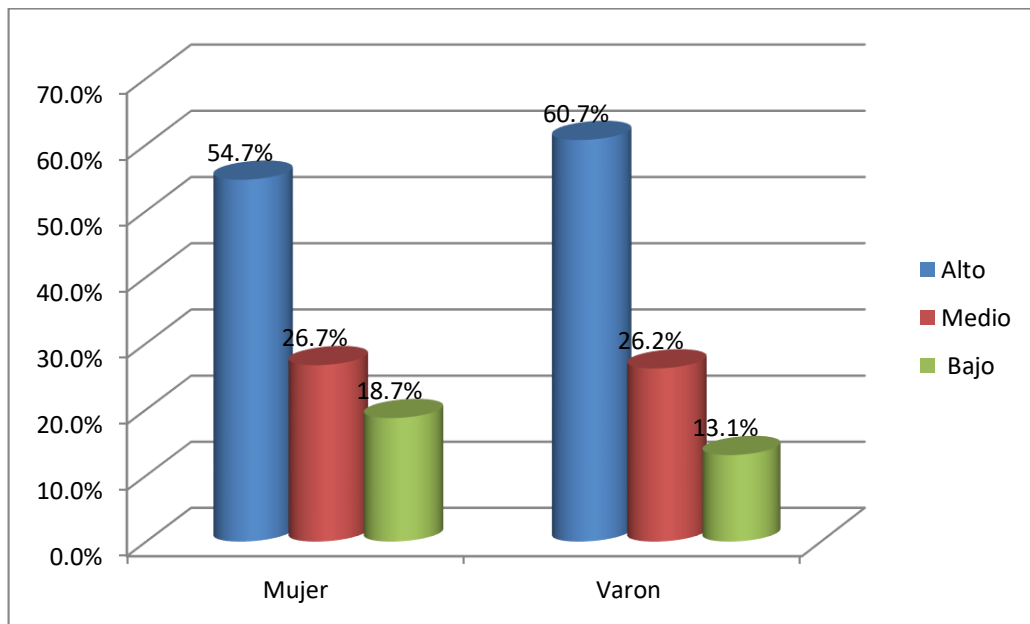
DIMENSIÓN “RETRAIMIENTO SOCIAL” SEGÚN SEXO

	Mujer	%	Varón	%
Bajo	14	18.7	8	13.1
Medio	20	26.7	16	26.2
Alto	41	54.7	37	60.7
TOTAL	75	100	61	100

Respecto a la dimensión “retraimiento social” según sexo, el género femenino muestra un alto nivel en Retraimiento Social (54.7%) a comparación de los varones (60.7%); en cuanto a un nivel medio en retraimiento social tanto varones (26.7%) como mujeres (26.2%) muestran porcentajes similares; por ultimo tanto varones (18.7%) como mujeres (13.1%) muestran porcentajes bajos en retraimiento social.

GRAFICA N° 3

DIMENSIÓN “RETRAIMIENTO SOCIAL” SEGÚN SEXO



El género femenino es el que destaca con un alto porcentaje en indicadores de Retraimiento Social (54.7%) a comparación de los varones (26.2%) quienes muestran un mayor porcentaje en niveles promedios de esta dimensión.

TABLA N° 4

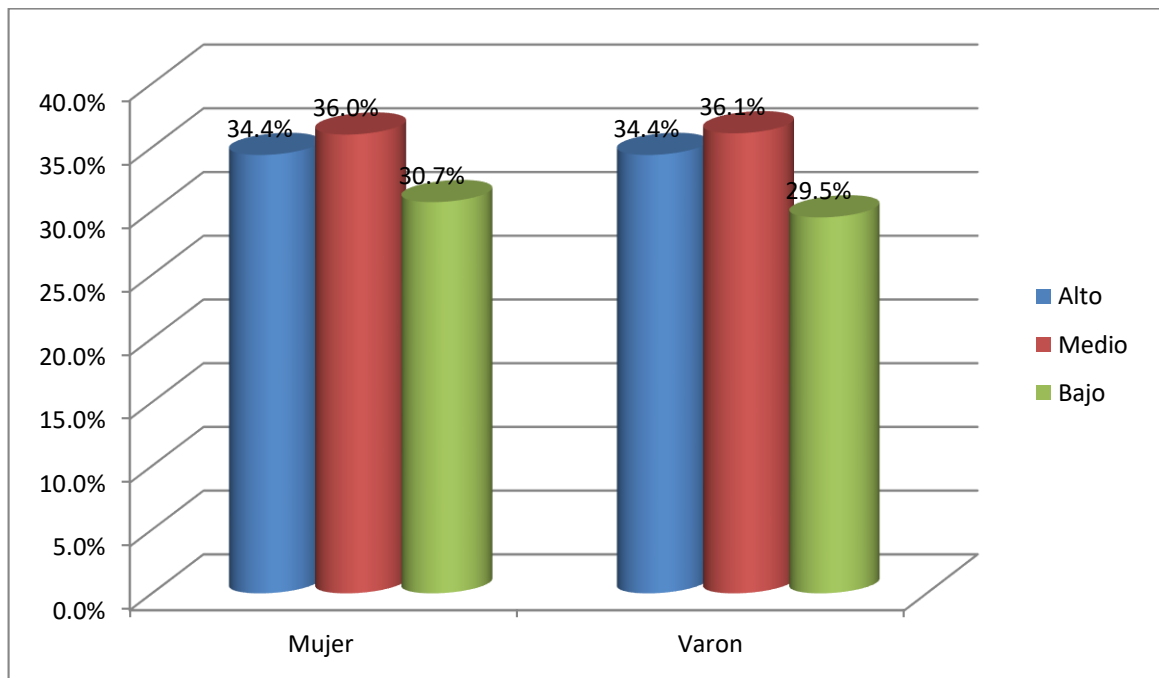
ANSIEDAD SOCIAL Y TIMIDEZ SEGÚN SEXO

	Mujer	%	Varón	%
Bajo	23	30.7	18	29.5
Medio	27	36	22	36.1
Alto	25	33.3	21	34.4
TOTAL	75	100	61	100

Observamos que la dimensión “ansiedad social y timidez” según sexo, se obtuvo resultados parecidos en niveles altos entre mujeres (33.3%) y varones (34.4%), así mismo sucede en los resultados en niveles medios entre mujeres (36%) y varones (36,1%); y en niveles bajos tanto mujeres (30.7%) y varones (29.5%) muestran similares porcentajes de ansiedad social y timidez.

GRAFICO N° 4

DIMENSIÓN “ANSIEDAD SOCIAL Y TIMIDEZ” SEGÚN SEXO



De acuerdo con el Gráfico N° 4 se puede apreciar la homogeneidad en el porcentaje de datos analizados, lo que demuestra la falta de diferencias significativas entre los niveles (Bajo, Medio Alto). Tanto varones como mujeres mantienen semejanzas no habiendo prevalencias ni resultados estadísticamente significativos.

TABLA N° 5

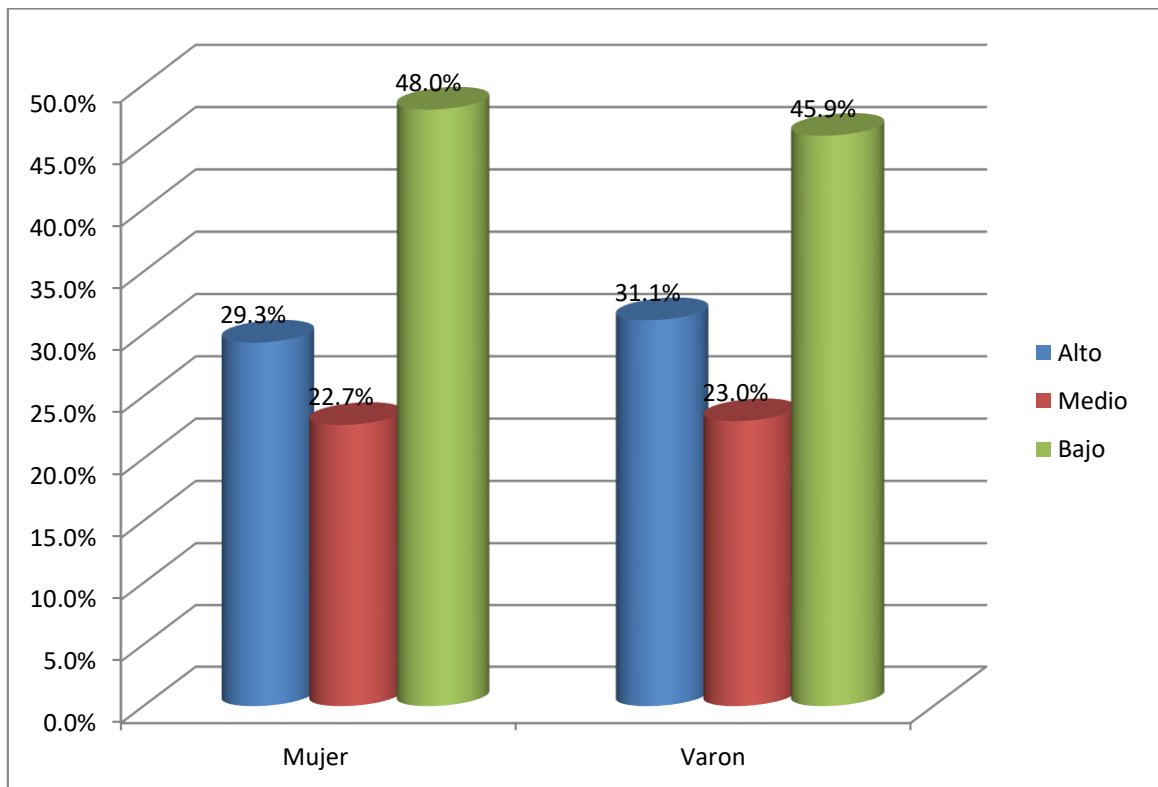
DIMENSIÓN “LIDERAZGO” SEGÚN SEXO

	Mujer	%	Varón	%
Bajo	36	48	28	45.9
Medio	17	22.7	14	23
Alto	22	29.3	19	31.1
TOTAL	75	100	61	100

Observamos en la dimensión “Liderazgo” según sexo, un nivel bajo de liderazgo en mujeres (48%) y varones (45.9%) con porcentajes similares, en un nivel medio tanto mujeres (22.7%) y varones (23%) obtuvieron resultados equivalentes en liderazgo, en cambio porcentajes que bordean el 30% en ambos sexos tienen un Alto nivel de liderazgo.

GRAFICO N° 5

DIMENSIÓN “LIDERAZGO” SEGÚN SEXO



De acuerdo con el Gráfico N° 5 podemos observar que dentro la muestra se evidencia un Bajo nivel de Liderazgo en mujeres y varones por igual. Asimismo el nivel Alto de Liderazgo alcanza un pico por debajo de la media. En cambio porcentajes que bordean el 30% en ambos sexos tienen un Alto nivel de liderazgo.

TABLA N° 6

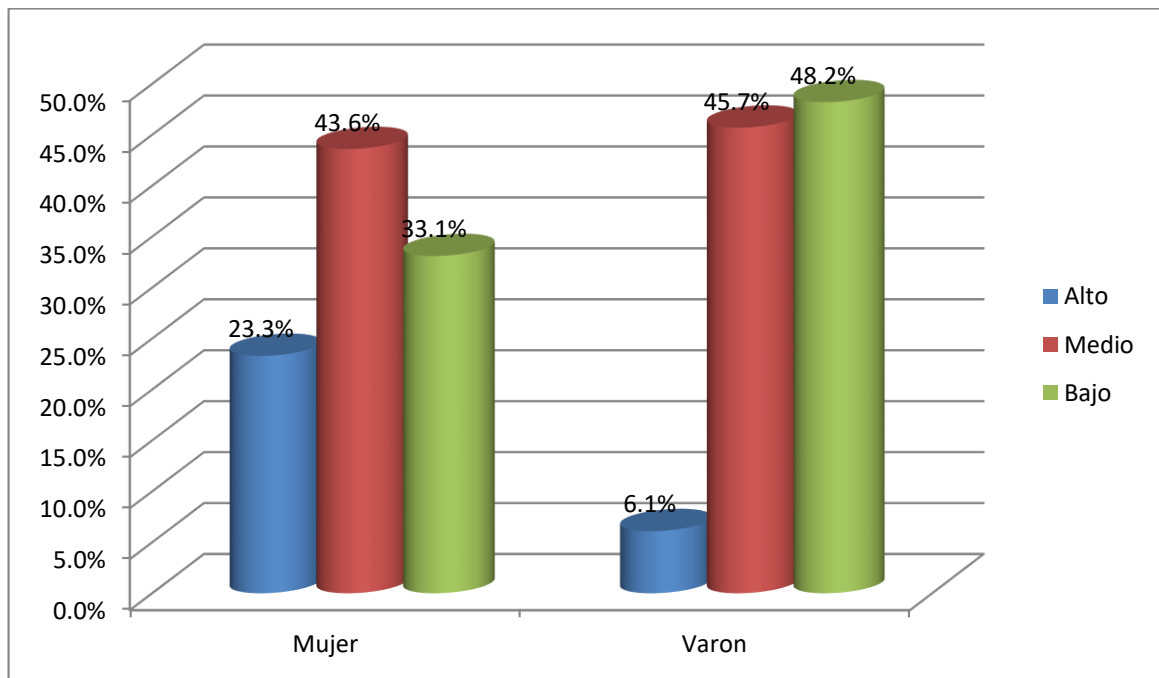
NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES SEGÚN SEXO

	Mujer	%	Varón	%
Bajo	25	33.1	29	48.2
Medio	33	43.6	28	45.7
Alto	17	23.3	4	6.1
TOTAL	75	100	61	100

En el nivel de habilidades según sexo, observamos que en varones (48.2%) se presenta un nivel bajo de habilidades sociales y en mujeres (33.1%); con porcentajes similares, en un nivel medio tanto mujeres (43.6%) y varones (45.7%); en cambio en un nivel alto de habilidades sociales encontramos a varones (6.1 %) y en mujeres (23.3 %).

GRAFICO N° 6

NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES SEGÚN SEXO



Observamos que los varones presentan un nivel bajo (48.2%) de habilidades sociales seguido de las mujeres (33.1%).

TABLA N° 7

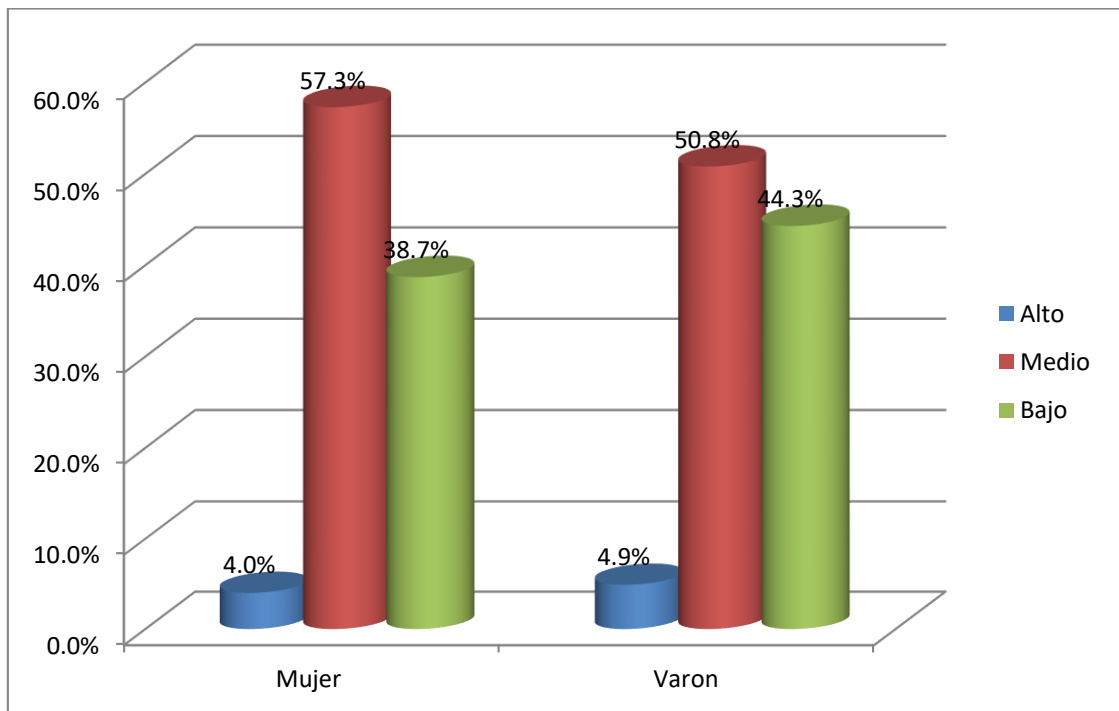
NIVELES DE AISLAMIENTO SEGÚN SEXO

	Mujer	%	Varón	%
Bajo	29	38.7	27	44.3
Medio	43	57.3	31	50.8
Alto	3	4	3	4.9
TOTAL	75	100	61	100

Observamos en niveles de aislamiento según sexo, que varones (38.7%) y mujeres (44,3%) no es muy significativa no experimentan sentimientos de aislamiento, en tanto estudiantes mujeres (47.3%) y varones (50.8%) se encuentran en estado intermedio en sentimientos de aislamiento, y en niveles altos de aislamiento mujeres (3%) y varones (4.9%) no muestran porcentajes significativos.

GRAFICA N° 7

NIVELES DE AISLAMIENTO SEGÚN SEXO



De acuerdo al Gráfico N° 6 la prevalencia de sentimientos de Aislamiento no es muy significativa, por otro lado la gran mayoría de estudiantes (44%) no están experimentando sentimientos de Aislamiento. En tanto la casi la mitad de estudiantes se encuentran en un estado de transición o fase intermedia entre los niveles extremos.

TABLA N° 8

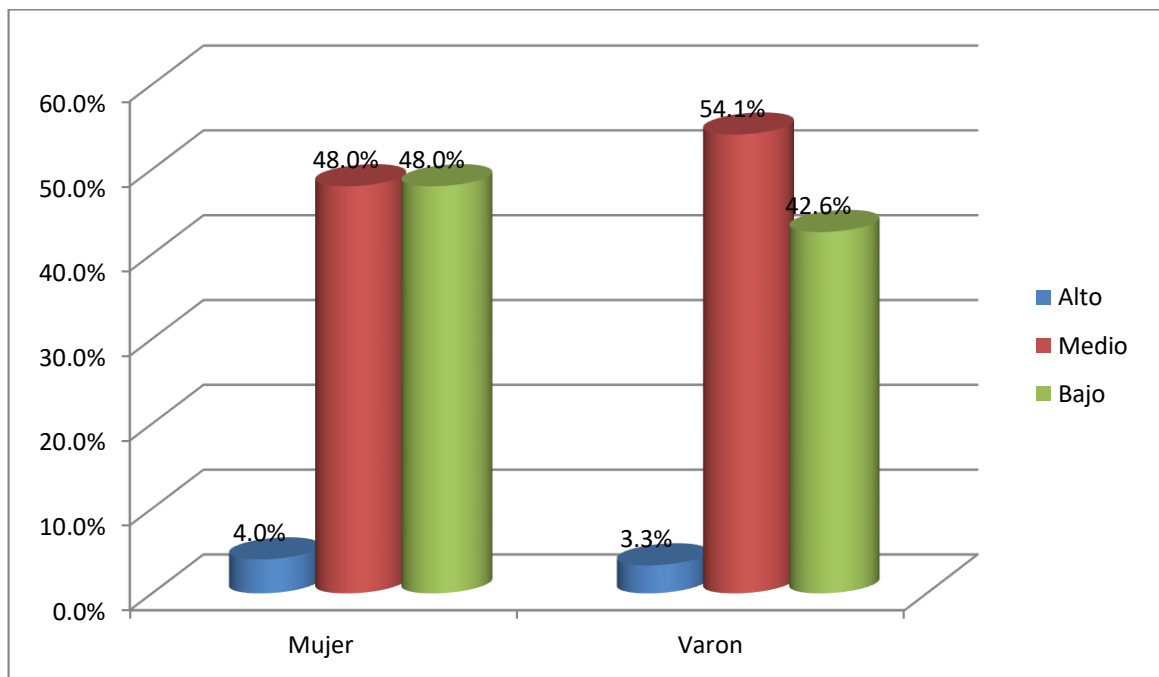
NIVELES DE SOLEDAD SEGÚN SEXO

	Mujer	%	Varón	%
Bajo	36	48	26	42.6
Medio	36	48	33	54.1
Alto	3	4	2	3.3
TOTAL	75	100	61	100

Observamos los niveles de soledad según sexo, que el 48% de mujeres y el 42.6% de varones presentan un nivel bajo en soledad, mientras que en niveles medios en soledad tanto mujeres (48%) y varones (54.1%) muestran porcentajes no muy significativos, mientras que el 4 % de mujeres y 3.3% de varones presentan un nivel alto de soledad.

GRAFICO N° 8

NIVELES DE SENTIMIENTO DE SOLEDAD EXPERIMENTADA POR LOS ESTUDIANTES.



De acuerdo al Gráfico N° 7 podemos observar que el 48% de mujeres y el 42.6 % de varones presenta un nivel bajo de soledad; mientras que el 4 % de mujeres y 3.3% de varones presentan un nivel alto de soledad; dándonos a conocer que varones y mujeres presentan un nivel bajo de soledad.

TABLA N° 9

CORRELACIÓN DE SOLEDAD Y HABILIDADES SOCIALES

		Consideración con los demás	Autocontrol en la relaciones sociales	Retraimiento social	Ansiedad social y timidez	Liderazgo
Soledad	Coefficiente de correlación	-,782	-,782	,644	-,656	-,041
	Sig. (bilateral)	,034	,034	,402	,407	,638
	N	136	136	136	136	136

La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

De acuerdo con la tabla 8 podemos observar que existe una correlación significativa entre la escala de soledad (CAS) y las escala de consideración con los demás (BAS3) con un nivel de significancia de ,034 y la escala de autocontrol social (BAS3) con un nivel de significancia de ,034; dándonos a conocer que las personas con problemas en soledad son menos propensas a ser mas consideradas con los demás, así como una prevalencia de una falta de autocontrol al momento de iniciar y mantener relaciones sociales.

TABLA N° 10

CORRELACIÓN DE AISLAMIENTO Y HABILIDADES SOCIALES

		Consideración con los demás	Autocontrol en la relaciones sociales	Retraimiento social	Ansiedad social y timidez	Liderazgo
Aislamiento	Coefficiente de correlación	-,542	,677	-,669	,793	,135
	Sig. (bilateral)	,024	,044	,026	,005	,116
	N	136	136	136	136	136

La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

De acuerdo con la tabla 9 podemos observar que existe una correlación significativa entre la escala de Aislamiento (CAS) y las escalas de, consideración con los demás (BAS3) con un nivel de significancia de ,024; la escala de autocontrol en las relaciones sociales (BAS3) con un nivel de significancia de ,044; la escala d retraimiento social (BAS3) ,026 y la escala de ansiedad social y timidez (BAS3),005; por lo tanto se infiere que las personas con signos de aislamiento tienen evidentes problemas con la habilidad de poder desempeñarse adecuadamente en sociedad.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Tomando como punto de referencia el primer objetivo, se encontró una relación poco significativa ya que los varones al igual que las mujeres presentan habilidades sociales para desenvolverse frente a situaciones cotidianas. Al evaluar la prevalencia del comportamiento de la soledad y aislamiento en adolescentes de Instituciones Educativas de nivel secundario del distrito de Miraflores Arequipa. Se encontró que un 3.3 % de los adolescentes refería comportamientos de soledad y el 4.9 % de aislamiento.

Los factores de riesgo predicen la aparición de una patología o el aumento de síntomas, por lo que la presencia de soledad y aislamiento social podrán ser precursores de trastornos psicológicos. Casullo cruz, Gonzales y Maganto (2003) sostienen que algunas psicopatologías internalizantes, tal como son los trastornos depresivos, se consolidan durante la adolescencia. Por ello es que distintos modelos teóricos los atribuyen a cambios hormonales, la presencia de eventos vitales estresantes o a la estructuración de determinadas estrategias de afrontamiento o habilidades cognitivas.

Posteriormente se analizaron los desempeños en el BAS-3 a fin de describir los déficits en la socialización de los adolescentes participantes. El propósito fue determinar las relaciones

entre la presencia de déficits en las escalas del BAS-3 y los niveles de aislamiento y soledad. Considerando las puntuaciones percentilares, se observó que los niveles de déficits en las escalas facilitadoras (Co. Ac. y Li) fueron superiores a la presencia de comportamientos disfuncionales en las escalas inhibidoras (Re y At). El 68.9 % de los adolescentes, refirió insuficiente sensibilidad social y escasa disposición para brindar ayuda a quienes se encuentran frente a situaciones problemáticas (Co). El 47.5 % de adolescentes refería dificultades para aceptar normas sociales de su grupo de referencia (Ac). lo que implica la presencia de comportamientos agresivos, obstinados y con dificultad para aceptar normas sociales de su grupo de referencia. Según Da. Dalt de Mangione y Difabio de Anglat (2002) la tendencia prevalente en estos adolescentes es a enfatizar los derechos propios. Es decir, considerar rígidamente el propio punto de vista para resolver un problema. Evidencian falta de tolerancia a la frustración y elaboran fácilmente reglas generales de hechos aislados. Sumado a esto, un 45.9 % de los adolescentes auto percibió dificultades para coordinar grupos, capacidad de iniciativa y espíritu de servicio. (Li)

Los análisis de las escalas del BAS-3 según sexo muestra una tendencia marcada que las mujeres 54.7 % refieren ciertos comportamientos inhibidores de la socialización, entre hombres y mujeres no existe diferencia con respecto a la presencia de ansiedad social y timidez.

El análisis acerca de que el modo de las condiciones de vida de las familias bajo condiciones de pobreza operan como factores de riesgo para sostén del crecimiento del adolescente y en ese marco contribuir al modelado de las habilidades sociales.

Analizando las relaciones entre soledad, aislamiento y el nivel de habilidades sociales en Estudios realizados por Levin y Stokes (1986) y Peplau y PerIman (1982) sugieren que los bajos niveles de habilidades sociales tienen una correspondencia directa con un concepto bajo de sí mismo -incluyendo "evaluaciones negativas de sus propios cuerpos, la sexualidad, salud, apariencia, conducta y funcionamiento"- contribuyen a que el joven sea vulnerable a los sentimientos de soledad. Como escribe Collins: "Cuando tenemos poca confianza en nosotros mismos es difícil desarrollar amistades. La persona no puede brindar cariño sin pedir disculpas; ni puede recibir cariño sin menoscabarse a sí misma". Tomado en cuenta este

antecedente, la literatura nos menciona que el bajo autoconcepto es uno de los factores predisponentes para la adopción de conductas, pensamientos y sentimientos que contribuyen al aislamiento social.

Se observó que un promedio 5% de adolescentes experimentaban sentimientos de soledad mientras que el comportamiento de aislamiento en ellos está representado por un 4%, tanto en mujeres como varones. Lo cual indicaría una baja prevalencia de dichos sentimientos y comportamientos. Similares resultados se hallaron en el trabajo investigativo de referencia, en donde se registró que el 23% de adolescentes mostraba comportamientos de soledad mientras el 19 % refería aislamiento de los otros.

En la Investigación realizada por Evangelina Contini (2012) se encontró que en el grupo de adolescentes con déficits en autocontrol (Ac) y liderazgo (Li) describían más comportamientos de soledad que sus pares sin déficits. Mientras que nuestros resultados toman las dimensiones de Autocontrol (Ac) y de Consideración hacia los demás (Cad) como indicadores directamente proporcionales a la vivencia de Soledad en los adolescentes.

En lo concerniente a determinar en cual de ambos géneros se daría con mayor incidencia la soledad y aislamiento, nosotros encontramos la falta de diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. En cambio según una investigación realizada por Berg y Peplan (1982), en los varones se muestra un aislamiento mayor sólo con el sexo opuesto que con su mismo género. Cabe resaltar que mayormente los síntomas depresivos son asociados al aislamiento, es por eso que, para Koenig Isaacs y Schwartz (1994) los varones cuando se sienten tristes o deprimidos tienden a encerrarse en ellos mismos y no buscan compañía, en cambio las mujeres buscan la compañía de sus amistades.

Finalmente la importancia de la presente investigación radica en poder aportar en primer instancia, lineamientos para el desarrollo de un proyecto de educación, para maestros, padres y estudiantes, que los ayude a implementar el desarrollo de habilidades sociales, en beneficio no solo de sí mismo sino hacia los demás. Así mismo poder dejar abierto el campo de la investigación para que a partir del presente trabajo, puedan desprenderse futuras investigaciones que complementen lo aquí visto.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Existe una relación significativa entre el sentimiento de Aislamiento y todas las dimensiones correspondientes a las Habilidades Sociales, ya que a mayor nivel de habilidades sociales los estudiantes son menos propensos a desarrollar sentimientos de soledad y aislamiento.

SEGUNDA: La mayoría de los estudiantes presentan un nivel medio bajo de habilidades sociales lo que predispone a que dichos estudiantes no afronten adecuadamente sus problemas y no mantengan adecuadas relaciones interpersonales.

TERCERA: Existe una prevalencia en niveles medio bajo de sentimientos de Soledad y de Aislamiento en los estudiantes de Nivel Secundario en Instituciones Educativas Estatales de Miraflores - Arequipa.

CUARTA: La prevalencia de soledad y aislamiento entre varones y mujeres no es muy significativa; pues en todas las dimensiones analizadas se mantiene consistencia similar entre los datos correspondientes

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda seguir la línea de la Investigación en distintos colegios pertenecientes a zonas alejadas de nuestra región Arequipa, además de una actuación en conjunto con Instituciones gubernamentales iniciar campañas de orientación y concientización orientadas a crear medios reforzantes a mejorar la calidad de Habilidades Sociales en los estudiantes.

SEGUNDA: Mientras que por otro lado la soledad puede tener muchas y variadas causas, e identificarlas en una situación específica corresponde, por lo general, al campo del profesional altamente capacitado. No obstante, puede ser de ayuda al líder o consejero de jóvenes. Conocer las posibles influencias sobre el joven que siente una soledad aguda. Los resultados obtenidos permitirían realizar acciones de prevención de comportamientos de soledad y aislamiento.

TERCERA: Desarrollar programas educativos e implementar nuevas estrategias tanto en la escuela como en la comunidad, para así ofrecer a la sociedad personas competentes que presenten una formación integral en habilidades, para mejorar la vida personal y social.

CUARTA: Promover el desarrollo de habilidades sociales en la familia a través de programas propuestos por las Instituciones Educativas, para mejorar el desarrollo social del adolescente evitando así la predominio de sentimientos de soledad, mejorando así la asertividad y la resolución de problemas.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre Bastan, Ángel (1994) Psicología de la Adolescencia. Edit. Boixareu. Págs. 155-201

Aron y Milick, (1996) Habilidades Sociales desde un enfoque ambiental. Universidad de Stanford.

Bogardus, E. (1963) Desarrollo del pensamiento social. Adapt. The development of social thought (1960). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Departamento de publicaciones.

Caballo, V. (2000) Manual de evaluación y entrenamiento de Habilidades Sociales. Madrid: Siglo XXI.

CABALLO,V.E: Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI de España. S.A 1993.P.250.

Carvajal- Carrasco y Caro Castillo, 2001, Heinrich, 2006 Soledad en la Adolescencia: Análisis del Concepto. Aquichan, 9(3), 281-296.

Coleman/Hendry (1999) Psicología de la Adolescencia. Madrid 4º Edición. Págs. 145-210

Contini, E. et.al, Una Problemática a Resolver: Soledad y Aislamiento, 2012

Dewerick (1986) Dimensiones y formas de las Habilidades Sociales. Edit. Madrid. España

Fernández, R (1994):“Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud” .Madrid: Pirámide.

GIL, F., (1993):“Entrenamiento en habilidades sociales”. En Vallejo, M. y Ruíz, M. Manual Práctico de modificación de conducta. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Gil, F y León, J. (1998).Habilidades sociales .Teoría, investigación e intervención. Madrid: Síntesis.

Goldstein (1978), Tipología de Habilidades Sociales en niños y Adolescentes.

Heinrich LM, Gullone E. (2006) La importancia clínica de la soledad: una revisión de la literatura. Cambrige

Hojat, M. y Crandall (1989), Teoría de la Soledad, Investigación y Aplicación.

Kelly J. (1987) El adolescente y su vínculo social. Ed. Madrid. Sevilla (pag 270-293)

Labake, Julio Cesar (1996) Adolescencia y Personalidad. Edit. Bonum. Pags. 233-355.

León Rubio, J. & Medina Anzano, S. (1998). Aproximación conceptual a las habilidades sociales. En F. Gil y J. León (Edit.). Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención (pp. 13-23). Madrid: Síntesis Psicología.

McFall, R. M., (1982): “Revisión y reformulación del concepto de Habilidades Sociales”. En Behavioral Assesment, 4. Págs. 1-33.

Monjas, I& González,Balbina de la Paz (1995)Las habilidades sociales en el currículo. España:Ministerio de educación, cultura y deporte

Papalia, D, Wendkos, S. y Duskin, R. (2004). El desarrollo humano. México: Mac Graw Hill.

Palacios, J. et.al (2004) Desarrollo psicológico y educación. Psicología evolutiva.(Comp.). Madrid: Alianza Editorial S.A.

Perlman, D., &Peplau, L.A. (1981).Psicología Social y Soledad. En R. Gilmour& S. Duck (Eds.). Relaciones Personales, Vol. 3: Relaciones Personales en desorden. London:, 31 – 44.

Pretty, Andrewes, y Collett (1994) "Exploración del Sentido Adolescente de la Comunidad y su Relación con la Soledad, vol. 22

Renshaw, P.D., & Brown, P.J. (1992). Soledad en medio de niños y adolescentes. 132,545-547.

Tejada, G (2002). Habilidades Sociales y ambiente familiar en integrantes y nointegrantes de pandillas. Tesis para optar por el título profesional de licenciado. Lima: UNFV

Terrones, L (2005). Efectos de un Programa de Asertividad y Habilidades Sociales de un grupo de padres de familia. Tesis para optar por el título profesional de licenciado. Lima: UNFV

Weiss RS: Soledad: La Experiencia de Emociones y Aislamiento Social, 1973

WEBGRAFIA

Actitud y sentimientos de soledad en un grupo de adolescentes universitarios de lima (2001). [en línea]<http://www.fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/.../04-persona4-cuny.pdf>[Consultado: 01 de Agosto del 2012]

Aislamiento adolescente, un trastorno que gana terreno. (2010). [en línea] <<http://www.eldia.com.ar/edis/20080127/informaciongeneral0.htm>>[Consultado: 16 de Julio del 2012]

Alvarez, A. (2009) Soledad y agresión relacional en los centros educativos: factores protectores y de riesgo en la adolescencia temprana. [en línea] <<https://docs.google.com/gview?url=http://tesispatricia.googlecode.com/svn/trunk/Otros/Tesis+Ejemplo/Soledad+y+agresion+relacional+en+los+centros+educativos.pdf&chrome=true>> [consultado 20-09-2012]

ArivilcaAlcarraz, L. (2003). La soledad entre los adolescentes. [en línea]<<http://adolescentesbrillantes.blogspot.com/2011/03/la-soledad-entre-los-adolescentes.html>>[Consultado: 05 de Agosto del 2012]

Asencion P. Ruiz. (2000) “Conductas asociales en la adolescencia” [en línea] <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista7/r7a16.pdf> Consultado 22-09-2012

Bonet, L. (2000). Relaciones Interpersonales. Recuperado el 5 de mayo del 2009 de [http://www. down21.org7actsocial/relaciones/definic-clasific.htm](http://www.down21.org7actsocial/relaciones/definic-clasific.htm)

Contini, E. et.al (2012) Una problemática a resolver: Soledad y aislamiento adolescente.[en línea] <<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin>> [Consultado: 12 de abril del 2012]

Carvajal-Carrascal, Gloria y Caro-Castillo Clara virginia (2010), Soledad en la adolescencia: Análisis del Concepto [en línea], <<http://www.scielo.org.co/scielo.php?>> [consultada:26 de septiembre.

Díaz, R.; Oliveros, G. y otros (2009)..[en línea]<<http://www.apsique.com>> [Consultado: 05 de Agosto del 2012]

De la Peña F. Elena (2010) “conducta antisocial en adolescentes: factores de riesgo y de protección”[en línea]<http://eprints.ucm.es/12024/1/T28264.pdf> [fconsultado 25-09-2012]

Esperanza para la Familia, A. C. (2003)[en línea] <<http://www.esperanzaparalafamilia.com>> [consulta: 26 de septiembre del 2012]

El Adolescente aislado, (2011) [en línea] <<http://psicologia.laguia2000.com/la-adolescencia/el-adolescente-aislado>> [consultado: 01 de setiembre de 2012]

Iglesias, M. (2011). Adolescentes que se aíslan: un nuevo trastorno de conducta. [en línea]<<http://edant.clarin.com/diario/2005/03/20/sociedad/s-04415.htm>> [Consultado: 2 de Agosto del 2012]

La adolescencia. Una época de oportunidades unicef informe (2011) [en línea] http://www.unicef.org/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf

McDowell, J. &Hostetler, B. (2008) La Soledad. [En línea]<<http://www.certezajoven.com.ar/materiales/material/liderazgo/lasolidad.htm>>[Consultado:05 de Agosto del 2012]

Palomares. R. Asencion (2000) “Conductas asociales en la adolescencia” [en línea] <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista7/r7a16.pdf>Consultado 22-09-2012

Pastor Vega, M.(2004). La soledad en los adolescentes. [En línea]<<http://www.elsalvador.com/noticias/EDICIONESANTERIORES/2000/JUNIO/junio9/EDITORIALES/edito6.html>> [Consultado: 10 de Junio del 2012]

Pérez, M (2008).Habilidades Sociales en adolescentes institucionalizadas para el afrontamiento de su entorno inmediato. Tesis para optar por el título de doctorado en Psicología Social. España: Universidad de Granada. Recuperado el 5 de mayo del 2009 de <http://www.hera.ugr.es/tesisugr/17705381.pdf>

Perlman, D., & Peplau, L.A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. En R. Gilmour & S. Duck (Eds.). Personal relationships, Vol. 3: Personal relationships in disorder. London: Academic Press, 31 – 44.

Ríos, R (2004). Interacciones sociales y educación. Investigación interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y Educación: UIICSE. Recuperado el 5 de mayo del 2009 de <http://www.iztacala.unam.mx>

Renshaw, P.D., & Brown, P.J. (1992). Loneliness in middle childhood. Journal of social Psychology, 132, 545-547.

Rosales C. & Monserrat M.(2011) “Autoestima en adolescentes en la actualidad”. Morelia Mich. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Para obtener el grado de Licenciada. [en línea] <<http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/.../...>> [consultado 25 de setiembre de 2012]

Rotenberg K, Hymel S. La soledad en la infancia y adolescencia. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University. [en línea]: <http://books.google.com.co/books> Consultado 21-09-2012

Yalom, I. (1984). Psicoterapia existencial. Barcelona: Herder

Zambrano, A. (1997). Uno entre los demás. Un aporte psicométrico al estudio de la soledad. Lima: La Parola.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE SOLEDAD Y AISLAMIENTO

BATERÍA DE SOCIALIZACIÓN BAS-3

VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTOS

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

CUESTIONARIO DE AISLAMIENTO Y SOLEDAD (CAS)

A continuación encontrarás una serie de frases, léelas con atención marca con una (X) la alternativa de respuesta que mejor representa tu forma de ser o actuar.

Las alternativas de respuesta son: NUNCA (n), ALGUNAS VECES (AV), MUCHAS VECES (MV), SIEMPRE (S). No hay respuesta buena o mala: todas sirven. Fijate y no dejes ninguna respuesta sin responder.

		Siempre	Muchas Veces	Algunas Veces	Nunca
1	Me cuesta relacionarme con los demás	S	MV	AV	N
2	Creo que a nadie le gusta <u>charlar</u> con migo	S	MV	AV	N
3	Me siento muy sola/o	S	MV	AV	N
4	Cuando lo necesito, siempre hay alguien que me ayuda	S	MV	AV	N
5	Mis amigos siempre cuentan conmigo	S	MV	AV	N
6	Cuando hay que hacer algo en grupo, intento evitarlo	S	MV	AV	N
7	Tengo problemas con los demás	S	MV	AV	N
8	Me gusta estar en sitios donde hay poca gente	S	MV	AV	N
9	En mi tiempo libre estoy con familiares o amigos	S	MV	AV	N
10	Tengo buenas relaciones con mis padres	S	MV	AV	N
11	Tengo muy pocos amigos	S	MV	AV	N
12	Suelo estar solo/a por que los demás no quieren estar conmigo	S	MV	AV	N
13	Tengo con quien hablar de mis problemas	S	MV	AV	N
14	Me gusta estar con otras personas	S	MV	AV	N
15	La gente tiene una buena opinión de mí	S	MV	AV	N
16	Me gusta más estar solo/a	S	MV	AV	N
17	Me gusta estar con mucha gente	S	MV	AV	N
18	Me cuesta saludar a la gente	S	MV	AV	N
19	Cuando hay mucha gente en un sitio, intento no ir	S	MV	AV	N
20	Tengo buenos amigos	S	MV	AV	N
21	Evito estar con gente	S	MV	AV	N
22	Estoy distraído/a, no me entero de lo que pasa a mi alrededor	S	MV	AV	N
23	Me molesta estar con amigos	S	MV	AV	N
24	Me siento acompañado/a	S	MV	AV	N
25	Soy feliz	S	MV	AV	N

CONS.	AUT.	RET.	ANS-TIM	LIDER	SINC.

BAS - 3**Batería de Socialización - Autoevaluación**

Apellidos y nombre Edad

Sexo: V ó M. Centro Curso

Fecha de Aplicación

A continuación encontrarás una serie de frases. Después de cada una de ellas están las palabras SI y NO. Lee cada frase atentamente y pon una cruz sobre la palabra ~~SI~~ en el caso de que la frase corresponda a tu manera de ser o actuar. Si la frase no corresponde a tu manera de ser o actuar, pon una cruz sobre la palabra ~~NO~~. No hay respuestas buenas ni malas; todas sirven.

Trabaja rápidamente. No te entretengas demasiado en una contestación.

¡ATENCIÓN: CONTESTA A TODAS LAS PREGUNTAS!



Autores: F. Silva Moreno y Mª C. Martorell Pellás.

Copyright © 1987 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si se presentan otros en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Dagonzo, 15 dpdo.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 35.484 - 1986

1. Me dan miedo y me aparto de cosas que no dan miedo a los demás	SI	NO
2. Me gusta organizar nuevas actividades	SI	NO
3. Cuando estoy con una persona mayor y hablo con ella, lo hago con respeto	SI	NO
4. Insulto a la gente	SI	NO
5. Suelo ser simpático con los demás	SI	NO
6. Me gusta dirigir actividades de grupo	SI	NO
7. Todas las personas me caen bien	SI	NO
8. Evito a los demás	SI	NO
9. Suelo estar solo	SI	NO
10. Los demás me imitan en muchos aspectos	SI	NO
11. Ayudo a los demás cuando tienen problemas	SI	NO
12. Me preocupo cuando alguien tiene problemas	SI	NO
13. Soy terco; hagan lo que hagan y digan lo que digan los demás, voy a lo mío	SI	NO
14. Animo a los demás para que solucionen sus problemas	SI	NO
15. Llego puntual a todos los sitios	SI	NO
16. Entro en los sitios sin saludar	SI	NO
17. Hablo en favor de los demás cuando veo que tienen problemas	SI	NO
18. Me cuesta hablar. Incluso cuando me preguntan algo, me cuesta responder	SI	NO
19. Lloro con facilidad	SI	NO
20. Organizo grupos para trabajar	SI	NO
21. Cuando hay problemas, me eligen como árbitro o juez	SI	NO
22. Dejo a los demás trabajar o entretenerse sin molestarlos	SI	NO
23. Contribuyo para que el trabajo sea más interesante y variado	SI	NO
24. Algunas veces he hecho como que no oía cuando me llamaban	SI	NO
25. Soy alegre	SI	NO
26. Tomo la iniciativa a la hora de emprender algo nuevo	SI	NO
27. Me preocupo para que nadie sea dejado de lado	SI	NO
28. Me siento aletargado, sin energía	SI	NO
29. Me eligen como jefe en las actividades de grupo	SI	NO
30. Me gusta hablar con los demás	SI	NO
31. Juego más con los otros que solo	SI	NO
32. Me gusta todo tipo de comida	SI	NO
33. Tengo facilidad de palabra	SI	NO
34. Soy violento y golpeo a los demás	SI	NO
35. Me tienen que obligar para integrarme en un grupo	SI	NO
36. Cuando quiero hablar, pido la palabra y espero mi turno	SI	NO
37. Me gusta estar con los demás, me siento bien entre ellos	SI	NO
38. Soy vergonzoso	SI	NO
39. Soy miedoso ante cosas o situaciones nuevas	SI	NO
40. Grito y chilló con facilidad	SI	NO

NO TE DETENGAS, CONTINUA EN LA PAGINA SIGUIENTE

CONS.	AUT.	RET.	ANS-TIM	LIDER	SINC.

41. Hago inmediatamente lo que me piden	SI	NO
42. Cuando se trata de realizar actividades de grupo, me retraigo	SI	NO
43. Soy tímido	SI	NO
44. Soy mal hablado	SI	NO
45. Sugiero nuevas ideas	SI	NO
46. Cuando corrijo a alguien, lo hago con delicadeza	SI	NO
47. Me entiendo bien con los de mi edad	SI	NO
48. Paso apuros cuando estoy con personas del otro sexo	SI	NO
49. Corrijo a los demás cuando dicen palabrotas	SI	NO
50. Espero mi turno sin ponerme nervioso	SI	NO
51. Defiendo a otros cuando se les ataca o critica	SI	NO
52. Intento estar en lugares apartados, poco visibles o concurridos	SI	NO
53. Hablo y discuto serenamente, sin alterarme	SI	NO
54. Me asusto con facilidad cuando no sé hacer algo	SI	NO
55. Cuando me llaman la atención, me desconcierto y no sé qué hacer	SI	NO
56. Desafío a los mayores cuando me llaman seriamente la atención	SI	NO
57. Cuando tengo que hacer algo, lo hago con miedo	SI	NO
58. Cuando digo o hago algo mal, siempre pido disculpas	SI	NO
59. Sé escuchar a los demás	SI	NO
60. Soy amable con los demás cuando veo que tienen problemas	SI	NO
61. Soy considerado con los demás	SI	NO
62. Me pongo nervioso cuando tengo que decir algo delante de la gente	SI	NO
63. Suelo estar apartado, sin hablar con nadie	SI	NO
64. Soy impulsivo, me falta paciencia para esperar	SI	NO
65. Protesto cuando me mandan hacer algo	SI	NO
66. Cuando alguien es rechazado por el grupo, me acerco e intento ayudarlo	SI	NO
67. Recojo los papeles que otros tiran al suelo	SI	NO
68. Me intereso por lo que les ocurre a los demás	SI	NO
69. Permanezco sentado, sin enterarme de nada, durante mucho tiempo	SI	NO
70. Hago nuevas amistades con facilidad	SI	NO
71. Soy popular entre los demás	SI	NO
72. Me aparto cuando hay muchas personas juntas	SI	NO
73. Acepto sin protestar las decisiones de la mayoría	SI	NO
74. Reparto todas mis cosas con los demás	SI	NO
75. A veces soy brusco con los demás	SI	NO

HAS TERMINADO, REvisa TUS RESPUESTAS PARA COMPROBAR SI HAS DEJADO ALGUNA QUESTION SIN CONTESTAR

CONS.	AUT.	RET.	ANS-TIM	LIDER	SINC.

VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del experto: Ps. Guillermo Villavante Benavides
 2.1. Cargo e Institución donde labora: Docente UNSA
 3.1. Especialidad del experto: Ps. Aprendizaje
 4.1. Tiempo de experiencia laboral: Veinte años
 5.1. Nombre del instrumento motivo de Evaluación: CUESTIONARIO DE AISLAMIENTO Y SOLEDAD (CAS)
 6.1. Variable medida: AISLAMIENTO Y SOLEDAD
 7.1. Autor del instrumento: Maria Martina Casullo

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulada con lenguaje apropiado				✓	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables			✓		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de Ciencia y tecnología				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica			✓		
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad			✓		
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidad cognoscitivas.				✓	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la tecnología educativa				✓	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones			✓		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				✓	

II. OPINION DE APLICABILIDAD:

El instrumento es aplicable para investigar el tema propuesto.

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

70%

Arequipa, 1 De Dic. 2017

G. Villavante B.
NOMBRE:

Villavante
FIRMA

VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del experto: Julio César Solas Morales
 2.1. Cargo e Institución donde labora: UNICA
 3.1. Especialidad del experto: Psicología Educativa
 4.1. Tiempo de experiencia laboral: 30 años
 5.1. Nombre del instrumento motivo de Evaluación: CUESTIONARIO DE AISLAMIENTO Y SOLEDAD (CAS)
 6.1. Variable medida: AISLAMIENTO Y SOLEDAD
 7.1. Autor del instrumento: Maria Martina Casullo

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulada con lenguaje apropiado			X		
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables			X		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de Ciencia y tecnología			X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica			X		
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad			X		
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidad cognoscitivas.		X			
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la tecnología educativa		X			
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones			X		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.			X		

II. OPINION DE APLICABILIDAD:

Corrigiendo las observaciones, es factible su aplicabilidad

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

41-60%

Arequipa, 7 De Nov 2015

Julio César Solas Morales
NOMBRE:

FIRMA

[Firma]

2017

VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del experto: Luque Ruiz de Somocurcio, Andrés Fernando
- 2.1. Cargo e Institución donde labora: Docente - UNSA
- 3.1. Especialidad del experto: Psicología Educativa y clínica del niño y del Adolescente
- 4.1. Tiempo de experiencia laboral: 20 años aprox.
- 5.1. Nombre del instrumento motivo de Evaluación: CUESTIONARIO DE AISLAMIENTO Y SOLEDAD (CAS)
- 6.1. Variable medida: AISLAMIENTO Y SOLEDAD
- 7.1. Autor del instrumento: Maria Martina Casullo

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulada con lenguaje apropiado				SI	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables				SI	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de Ciencia y tecnología				SI	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					SI
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad				SI	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidad cognoscitivas.			SI		
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la tecnología educativa					SI
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					SI
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				SI	


II. OPINION DE APLICABILIDAD:

Me parece muy adecuada la aplicación del cuestionario, creo q falta indagar los aspectos tecnológicos como el uso de medios electrónicos en jóvenes que se distancias de sus pares por estar imbuidos en los aparatos tecnológicos y en redes sociales.

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

61-80%

Arequipa, 18 De octubre 2017


 NOMBRE: Andrés F. Luque Ruiz de Somocurcio
 PSICÓLOGO CIPRA 10391

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

Coloque “si” o “no” según corresponda y colocar el número de integrantes (Nº) donde se requiera.

MI HOGAR ESTÁ CONFORMADO POR:

Mamá		Madrastra		Apodera da	
Papá		Padrastra		Apodera do	
Hermano (a)	Nº:	Hermanastro (a)	Nº:	Sobrinos (as)	Nº:
Tío (s)	Nº:	Primos (as)	Nº:		
Tía (s)	Nº:		Nº:		
Abuelo (s)	Nº:	Abuela (s)	Nº:		
Otro:					
Alguien con discapacidad					

El (los) idiomas(s) que hablo son: castellano () Quechua () Aymara ()
Otro ()

La dirección de mi casa es : _____

El distrito donde vivo es : _____

En mi casa cuento con los servicios de(poner “si” o “no”):

	Agua	Luz	Desa güe	Teléf ono	Inter net	Tv Cable	
El civil (o							estado conyugal)

de mis padres es:

Soltero () conviviente () casado () Viudo () Divorciado () Separado ()

El **grado de Instrucción** de mi padre es :

El **grado de Instrucción** de mi madre es:

Mi papa trabaja de : _____ Mi Mamá trabaja de:

¿Quién o quienes mantienen mi familia?

¿En mi casa existe violencia familiar? SI - NO ¿entre quienes?

En mi casa existe algún otro tipo de problema ¿ SI - NO ¿Cuál?

CASO CLINICO Nº1

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: L. M. Ch. C.
Edad	: 30 años
Fecha de Nacimiento	: 10-08-1986
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior
Dirección Actual	: Urb. Colón Mz F 109
Nº de Historia	: 4D-2020-B
Referido por	: Departamento de Gastroenterología y Departamento de Psiquiatría
Nombre del entrevistador	: GUIDO Alberto Chambi Larico
Fecha de entrevista	: 07-09-2016 / 09-09 -16 / 12-09-16

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente es derivada del departamento de gastroenterología y de psiquiatría, al consultorio de psicología dado que su condición de no poder tener hijos, sumado al hecho de tener colon irritable ha hecho se sienta muy preocupada y triste, además refiere que "a causa de mi problema no puedo cumplir con mis metas".

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

Paciente no tiene y no puede tener hijos debido a que presenta ovario poliquístico y mioma uterino, además de padecer de colon irritable. Desde que era niña (9 años) tuvo problemas de estreñimiento, ya de adolescente (12 años) esta condición se agrava causándole incomodidad y preocupación, por lo que acude con su padre y madre al nutricionista que le da pastillas para que pueda evacuar con facilidad, la paciente acepta el tratamiento, pero luego se automedica extendiendo el uso de estas pastillas a lo largo de 15 años aproximadamente aumentando progresivamente la dosis. Luego

acude a gastroenterólogo donde es diagnosticada con colon irritable (27 años). Este evento la hace sentirse culpable por automedicarse.

En cuanto a la dificultad para concebir, es diagnosticada con ovario poliquístico (15 años aprox.); más adelante es diagnosticada con mioma uterino (28 años).

Cuando acude a Centro de Salud (30 años) al servicio de gastroenterología comenta con médico que los problemas por los que está pasando la afectan tanto que se siente muy preocupada y triste, y es derivada de gastroenterología a consultorio de psiquiatría y psicología. Primero es atendida por departamento de psiquiatría donde recibe medicación para depresión y por orden de esta especialidad del centro es derivada a psicología para recibir tratamiento multidisciplinario.

Hasta hace un año vivió en Lima, en la actualidad está en el hogar de sus padres, no suele salir de casa y cuando lo hace es para ir al negocio de disfraces que tienen sus padres, ellos discuten con ella por decisiones que toma y porque siente que la ven como si aún fuese menor, a lo que la paciente refiere que "la deprime más" aumentando el hecho de no querer salir, en ocasiones se siente quebrar y llora y en otras se resiste a hacerlo. Además relata que "siento caerme en un hoyo". Se considera insegura, impaciente y dependiente. Un pensamiento recurrente en ella es querer tener hijos y comprar una casa en Arequipa para vivir con su esposo que actualmente está en Lima por motivo de trabajo.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

Prenatal

Tuvo un Embarazo con una duración de 9 meses, presentó los controles adecuados durante el periodo de la gestación, no hubo ocurrencias de caídas o algún otro accidente, tampoco se presentó consumo de medicamentos u otras sustancias; la madre no ha tenido abortos, el embarazo fue deseado y sin ningún problema aparente.

Natal

El parto fue eutócico, atendido por un médico. La madre tenía una edad de 25 años al momento del parto.

Post-Natal

El menor no tuvo dificultades al nacer, lloró y respiró.

Desarrollo Psicomotor

Paciente irguió la cabeza aproximadamente a los 3 meses de nacida, empezó a seguir los objetos a los 4 meses, no presento dificultades visuales o auditivas y en cuanto al gateo se dio cerca de los 7 meses. Dio sus primeros pasos a los 12 meses.

Desarrollo del Lenguaje

El inicio del habla se dio a los 12 meses, no habiendo dificultades en el desarrollo del habla tanto a nivel expresivo y comprensivo.

Formación de Hábitos

- **Alimenticio**

Lacto hasta cerca de los 7 meses, luego pasa a ingerir papillas y otros sólidos. No presentó problemas de apetito y utilizó los cubiertos para comer sin dificultad aparente.

- **Higiénicos**

Uso de pañales hasta los 2 años y medio años de edad, cerca de la misma edad ya empezó a tener control de esfínteres y pedía ir al baño.

- **Sueño**

No presento problemas para conciliar sueño.

Historia Educativa

Asiste a jardín de niños desde los 4 años, le fue difícil separarse de la madre, provocando que la adaptación al nuevo ambiente se diera de forma progresiva. Inicia primaria a los 6 años, le gustaba ir a la escuela dado que empezó a hacer nuevos amigos. Era una niña alegre y obediente.

En cuanto a su aprestamiento, asiste a colegio femenino, en la primaria tuvo un rendimiento normal. A los 12 años ingresa a secundaria, es en este momento que su rendimiento se vuelve bajo obteniendo notas de 11, 12 o 13 debido a que siente que padres no le dan cariño ya que se dedicaban más a trabajar, además se suman los problemas de estreñimiento que le causan incomodidad por lo que recurre a nutricionista y recibe pastillas que la ayuden a evacuar; también es comparada con su prima que tenía buenas notas, esto la hace sentir mal consigo misma. Solía juntarse con compañeras de los primeros puestos. Acaba la secundaria (16 años) con un rendimiento de regular a bajo. Viaja a Lima e ingresa a la universidad a estudiar Educación (2004), acaba su carrera (2009), esto le levanta su ánimo ya que se sentía un poco preocupada por su salud, mas no se titula, empieza a trabajar, luego realiza maestrías, hace un año (2015) se matricula en un curso donde al acabar le darían el título que quería, pero sufre una estafa ya que dicho curso era falso. Este evento la hace sentirse frustrada.

Historia de la Recreación y la Vida

Durante su infancia y niñez los juegos ocupaban un lugar importante en su vida. En casa solía jugar con plastilina.

Desarrollo y Función Sexual

Preguntó sobre como vienen los niños al mundo cerca de los 4 años de edad, a la misma edad empieza a percibir la deferencia de sexo. Las primeras nociones respecto a esto fueron dadas por la madre y la escuela. En su adolescencia recibió guía de parte de su madre. Durante su desarrollo nota cambios corporales a la edad de 12 años, los cuales toma con normalidad. A esta misma edad se presenta la menarquia. A los 22 años conoce a actual pareja con la cual se casaría mas adelante.

Aspecto Psicosexual y Matrimonio

Desde pequeña recibió mucha protección por ambos padres. La persona que guía en los aspectos sexuales fue su madre. A los 15 años es diagnosticada con ovario poliquístico, después de que su periodo menstrual se suspendiera por un mes y medio. A los 28 años es diagnosticada con mioma uterino luego de hacerse un chequeo para

ver posibilidad de tener hijos con su esposo con el que actualmente llevan 4 años y 6 meses de matrimonio.

La relación que guarda con su esposo es buena a pesar de la distancia, actualmente ella está en Arequipa y él en Lima por motivos de trabajo.

Paciente quiere tener hijos y comprar una casa en Arequipa, este es un pensamiento recurrente en ella.

Actividad Laboral

No trabajo en su infancia o niñez, tampoco durante su adolescencia. trabajo como docente en educación artística por cerca de 3 años en una institución educativa en el departamento de Lima. Se esmera en hacer bien su labor de docente y considera que hace un buen trabajo.

Hábitos e Influencias Nocivas o Tóxicas

Paciente actualmente tiene mal apetito, a veces no tiene ganas de comer, no presenta desórdenes alimenticios, a lo largo de sus primeras etapas de desarrollo (infancia, niñez y adolescencia). No consume bebidas alcohólicas con frecuencia, y cuando lo hace es en cantidades mínimas cerca de un cuarto de vaso. No fuma, ni ha fumado. Tampoco ha consumido ningún tipo de drogas.

Religión

Se identifica como perteneciente a la religión católica.

Antecedentes Mórbidos

- **Enfermedades o Accidentes**

Paciente no tiene y no puede tener hijos debido a que presenta ovario poliquístico y mioma uterino, además de padecer de colon irritable. Desde de los 9 años tuvo problemas de estreñimiento, ya de adolescente a los 12 años esta condición se agrava causándole incomodidad y preocupación, por lo que acude con sus padres al nutricionista que le receta pastillas para que pueda evacuar con facilidad, acepta el tratamiento, pero luego se automedica extendiendo el

uso de estas pastillas a lo largo de 15 años aproximadamente, aumentando progresivamente la dosis. A los 27 años acude al gastroenterólogo donde es diagnosticada con colon irritable.

En cuanto a la dificultad para concebir, es diagnosticada con ovario poliquístico (15 años), después de que su periodo menstrual se suspendiera por un mes y medio; más adelante al realizarse un chequeo para ver la posibilidad de tener hijos, en los resultados es diagnosticada con mioma uterino (28 años). No ha sufrido ningún accidente de consideración.

- **Personalidad Pre mórbida**

Desde pequeña recibió mucha protección por parte de ambos padres. Se caracterizaba por ser una niña obediente. Durante su infancia y niñez los juegos ocupaban un lugar importante en su vida. No sentía que padres le dieran cariño. En casa solía jugar sola y en la escuela con sus amistades. A los 9 años tuvo problemas de estreñimiento, y los 12 años esta condición se agrava causándole incomodidad y preocupación. Es diagnosticada con ovario poliquístico a los 15 años y más adelante es diagnosticada con mioma uterino a los 28 años. Todos estos hechos causan en ella preocupación y frustración al interferir en los planes que tiene en su vida.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

- **Composición Familiar**

Su padre tiene 65 años, estudio medicina pero no concluyó la carrera, su madre tiene 55 años, estudio contabilidad pero tampoco concluyó la carrera; ambos tienen un local y se dedican al comercio y alquiler de disfraces. Tiene una hermana de 23 años soltera y estudia administración.

- **Dinámica Familiar**

Su familia es de tipo nuclear, las relaciones entre ellos se caracterizan por ser de tipo conflictivos, dado que paciente es vista como si fuese inmadura, y es criticada por las decisiones que toma. Paciente se preocupa por el trabajo

que realizan sus padres y piensa que ya no deberían realizarlo, ya que este requiere de mucho esfuerzo físico para la edad que ellos tienen. Casi no hay comunicación con hermana dado que esta le dedica mucho tiempo a sus estudios, pero no hay conflictos entre ellas.

- **Condición Socio-Económica**

Actualmente paciente radica en Arequipa, en la vivienda de sus padres, la cual es de material noble, bien amoblada y cuenta con los servicios básicos de agua, luz y desagüe, además posee el servicio de internet y telefonía fija. El ingreso proviene de los padres y del esposo de la paciente, lo que les permite vivir sin entrar en apuros económicos. Su familia pertenece a un nivel socioeconómico medio.

- **Antecedentes Familiares Patológicos**

No hay antecedentes de patologías de tipo psicológico en la familia tanto por parte de padre y de madre.

VI. RESUMEN

Paciente es la mayor de dos hermanas. Embarazo tuvo una duración de 9 meses, presentó los controles adecuados, no hubo ocurrencias de caídas o algún otro accidente, no consumo de medicamentos u otras sustancias; madre no ha tenido abortos, el embarazo fue deseado y sin ningún problema aparente. Parto fue eutócico, atendido por un médico, no tuvo dificultades al nacer, lloró y respiró. Paciente irguió la cabeza aproximadamente a los 3 meses de nacida, sigue objetos a los 4 meses, no dificultades visuales o auditivas, gateo cerca de los 7 meses. Primeros pasos e inicio del habla a los 12 meses., no dificultades en el desarrollo del habla tanto a nivel expresivo y comprensivo. Lacto hasta cerca de los 7 meses, pasa a ingerir papillas y otros sólidos. No problemas de apetito. Usa pañales hasta los 2 años y medio, cerca de la misma edad empezó a tener control de esfínteres y pedía ir al baño. No presento problemas para conciliar sueño.

Asiste a jardín de niños desde los 4 años. Inicia primaria a los 6 años, gusta de ir a la escuela dado que empezó a hacer nuevos amigos. Era una niña obediente. Asiste a colegio femenino, en la primaria tuvo un rendimiento normal, ingresa a secundaria y su rendimiento se vuelve bajo debido a que siente que padres no le dan cariño ya que se dedicaban más a trabajar, además se suman los problemas de estreñimiento que le causan incomodidad; también es comparada con prima que tenía buenas notas, esto la hace sentir mal consigo misma. Solía juntarse con compañeras de los primeros puestos. Acaba la secundaria con un rendimiento de regular a bajo. Viaja a Lima e ingresa a la universidad a estudiar Educación acaba su carrera, esto le levanta su ánimo ya que se sentía un poco preocupada por su salud, mas no se titula, empieza a trabajar, luego realiza maestrías, hace un año se matricula en un curso donde al acabar le darían el título que quería, pero sufre una estafa ya que dicho curso era falso. Este evento la hace sentirse frustrada.

En cuanto a su sexualidad, primeras nociones fueron dadas por madre y escuela. En su adolescencia recibió guía de parte de su madre. Nota cambios corporales a la edad de 12 años, los cuales toma con normalidad y se presenta la menarquia. A los 22 años conoce a actual pareja con la cual se casaría luego, actualmente llevan 4 años y 6 meses de matrimonio. Paciente quiere tener hijos y comprar una casa en Arequipa, este es un pensamiento recurrente en ella.

No trabajo en su infancia o niñez, tampoco durante su adolescencia. Trabajo como docente en educación artística por cerca de 3 años en institución educativa en Lima. Se preocupa por desempeñar bien su labor de docente y considera que hace un buen trabajo. Paciente tiene mal apetito, no presenta o ha presentado desórdenes alimenticios a lo largo de sus primeras etapas de desarrollo. No consume de bebidas alcohólicas con frecuencia, y cuando lo hace es en cantidades ínfimas. No fuma, ni ha fumado. Tampoco ha consumido ningún tipo de drogas. Tiene libreta militar mas no ha realizado servicio militar. Se identifica como católica.

Paciente no tiene y no puede tener hijos debido a que presenta ovario poliquístico y mioma uterino, además de padecer de colon irritable. Desde de los 9 años tuvo problemas de estreñimiento, ya de adolescente a los 12 años esta condición se agrava

causándole incomodidad y preocupación, por lo que acude a nutricionista que le da pastillas para que pueda evacuar con facilidad, paciente acepta tratamiento, pero luego se automedica extendiendo el uso de estas pastillas a lo largo de 15 años aproximadamente aumentando progresivamente la dosis. Luego cuando tiene 27 años acude a gastroenterólogo donde es diagnosticada con colon irritable.

En cuanto a la dificultad para concebir, es diagnosticada con ovario poliquístico (15 años), después de que su periodo menstrual se suspendiera por un mes y medio; más adelante es diagnosticada con mioma uterino (28 años) luego de hacerse un chequeo para ver posibilidad de tener hijos con su esposo. No ha sufrido ningún accidente de consideración.

Su padre tiene 65 años, estudio medicina pero no concluyó la carrera, su madre tiene 55 años, estudio contabilidad pero tampoco concluyó la carrera; ambos tiene un local y se dedican al comercio y alquiler de disfraces. Tiene una hermana de 23 años soltera y estudia administración. Familia es de tipo nuclear, relaciones entre ellos son de tipo conflictivos, dado que paciente es vista como si fuese inmadura, y es criticada por las decisiones que toma. Paciente se preocupa por el trabajo que realizan sus padres y piensa que ya no deberían realizarlo. Casi no hay comunicación con hermana dado que esta está más preocupada por sus estudios, pero no hay conflictos entre ellas.

Actualmente paciente radica en Arequipa, en la vivienda de sus padres, la cual es de material noble, bien amoblada y cuenta con los servicios básicos de agua, luz y desagüe, además posee el servicio de internet y telefonía fija. El ingreso proviene de los padres y del esposo de la paciente, lo que les permite vivir sin entrar en apuros económicos. Su familia pertenece a un nivel socioeconómico medio. No hay antecedentes de patologías de tipo psicológico en la familia tanto por parte de padre y de madre.

Guido Alberto Chambi Larico
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	
Edad	: L. M. Ch. C.
Fecha de Nacimiento	: 30 años
Lugar de Nacimiento	: 10-08-1986
Grado de Instrucción	: Arequipa
Dirección Actual	: Superior
N° de Historia	: Urb. Colón Mz F 109
Referido por	: 4D-2020-B : Departamento de Gastroenterología y Departamento de Psiquiatría
Nombre del entrevistador	: GUIDO Alberto Chambi Larico
Fecha de entrevista	: 07-09-2016 / 09-09 -16 / 12-09-16

I. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

Paciente, en el momento de la entrevista, aparenta su edad, es de contextura normal, talla promedio, cabello negro, tez trigueña y ojos color marrón oscuro; viste aliñada con blusa color azul, jean color negro y zapatos color negro y aseo personal es adecuado. Su postura es erguida y su marcha coordinada, por ocasiones dirige la mirada hacia abajo, hace contacto ocular y el tono de voz es normal, su expresión facial denota preocupación y tristeza al momento de hablar de sus problemas. En psicomotricidad no hay signos de focalización, no temblores, no tics. Buena actitud frente al examinador y examen.

II. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

- **Atención**

Presenta un predominio de atención voluntaria con un adecuado nivel de concentración, respondiendo satisfactoriamente a los estímulos que se le presentan.

- **Conciencia o estado de alerta**

Paciente se encuentra despierta, lucida y atenta a indicaciones y al curso de la entrevista.

- **Orientación: Tiempo, espacio, lugar, persona, personas**

Orientada en tiempo (tanto en día, mes y año), orientada en espacio y lugar (reconoce lugar donde está, distingue arriba y abajo, derecha e izquierda), reconoce su persona (refiere su nombre, ocupación y estado civil y edad) y personas (reconoce familia y evaluadores).

III. LENGUAJE

Velocidad de respuesta normal, fluido, claro, no aceleración, el dialogo es coherente, en relación a la conversación. Vocabulario está acorde a su grado de instrucción y nivel sociocultural. Lenguaje comprensivo sin alteraciones.

IV. PENSAMIENTO

El pensamiento es tanto de tipo concreto como abstracto, no delusiones de daño, en cuanto al contenido hay ideas de considerarse insegura, impaciente y dependiente. Muestra preocupación y tristeza por no poder cumplir sus metas.

V. PERCEPCIÓN

Sus procesos perceptivos se encuentran conservados, sin presencia de alteraciones; no presenta alucinaciones auditivas ni visuales.

VI. MEMORIA

Memoria remota y reciente se encuentran conservadas, recuerda hechos cronológicos de su historia personal, retención y recuerdo es normal.

VII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Con respecto a sus funciones intelectuales su capacidad de comprensión, razonamiento y juicio se encuentran conservadas, realiza cálculos y abstracción es acorde a su grado de instrucción y nivel sociocultural.

VIII. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Durante la entrevista denota preocupación y tristeza, su expresión facial y corporal refleja concordancia con lo que dice sentir. Estos sentimientos son debido a los problemas por los cuales atraviesa al no poder afrontarlos ni tampoco cumplir sus metas. A pesar de los problemas se preocupa por sus padres y mantiene una buena relación con su esposo. No tiene ganas de salir de casa, en ocasiones llora y otras quiere hacerlo pero se contiene.

IX. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

Es consciente de su enfermedad, y que esta ha interferido en sus actividades sociales, familiares y laborales.

X. RESUMEN

Paciente, aparenta su edad, es de contextura normal, talla promedio, cabello negro, tez trigueña y ojos color marrón oscuro; viste aliñada y aseo personal es adecuado. Su postura es erguida, marcha coordinada, por ocasiones dirige la mirada hacia abajo, hace contacto ocular, tono de voz normal, expresión facial denota preocupación y tristeza al momento de hablar de sus problemas. No hay signos de focalización, no temblores, no tics. Mantiene atención, estado de alerta. Orientada en tiempo, espacio, lugar persona y personas.

Velocidad de respuesta normal, fluido, claro, no aceleración, dialogo coherente, lenguaje sin alteraciones. El pensamiento es tanto concreto como abstracto, insegura, impaciente y dependiente. Muestra preocupación y tristeza por no poder cumplir sus metas. No alucinaciones auditivas ni visuales. Memoria conservada. Capacidad de comprensión, razonamiento y juicio conservados. Denota preocupación y tristeza, expresión facial y corporal son concordantes con lo que dice sentir. Se preocupa por sus padres y mantiene una buena relación con su esposo. No tiene ganas de salir de casa, en ocasiones llora y otras quiere hacerlo, pero se contiene. Es consciente de su enfermedad, y que esta ha interferido en sus actividades sociales, familiares y laborales.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: L. M. Ch. C.
Edad	: 30 años
Fecha de Nacimiento	: 10-08-1986
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior
Dirección Actual	: Urb. Colón Mz F 109
N° de Historia	: 4D-2020-B
Referido por	: Departamento de Gastroenterología y Departamento de Psiquiatría
Nombre del entrevistador	: Guido Alberto Chambi Larico
Fecha de entrevista	: 07-09-2016 / 09-09 -16 / 12-09-16

I. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Paciente, en el momento de la entrevista, aparenta su edad, es de contextura normal, talla promedio, cabello negro, tez trigueña y ojos color marrón oscuro; viste aliñada con blusa color azul, jean color negro y zapatos color negro y aseo personal es adecuado. Su postura es erguida y su marcha coordinada, por ocasiones dirige la mirada hacia abajo, hace contacto ocular y el tono de voz es normal, su expresión facial denota preocupación y tristeza al momento de hablar de sus problemas. En psicomotricidad no hay signos de focalización, no temblores, no tics. Buena actitud frente al examinador y examen.

II. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Pruebas psicológicas:
 - ✓ Test de inteligencia no verbal TONI 2
 - ✓ Inventario multifásico de la personalidad Mini-Mult
 - ✓ Cuestionario Caracterológico de Gaston Berger

- ✓ Test de la Persona Bajo la Lluvia
- ✓ Inventario de depresión de Beck

III. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

❖ Test de inteligencia no verbal TONI 2

Según el test de inteligencia no verbal a la paciente se le asigna la categoría de NIVEL PROMEDIO de inteligencia, teniendo la capacidad para aprender y comprender de forma adecuada.

❖ Inventario multifásico de la personalidad Mini-Mult

a) Analisis Cuantitativo

Los puntajes más elevados de acuerdo al perfil se encontraron en las siguientes escalas clínicas:

				1 Hs	2 D	3 Hi	4 Dp	6 Pa	7 Pt	8 Es	9 Ma
Pje. Directo				9	15	13	8	4	11	8	4
Pje. Equivalente				20	40	30	23	13	27	24	15
Añadir K				6			5		12	12	2
Pje Directo Corregido				26	40	30	28	3	39	36	17
Pje T				68	106	75	71	6	83	76	50
Escala clínica				Puntaje T							
Hipocondria				88							
Depresión				106							
Combinación de las escalas clínicas (1-2)											

b) Analisis Cualitativo

L : Normal

F : Normal

K : Normal

1Hs : La paciente presenta un considerable numero de quejas físicas, preocupación prominente por las funciones corporales

2D : Severamente deprimida, preocupada, indecisa y pesimista

3Hi : probablmenete un tanto inmadura, exigente, egocéntrica y sugestionable

4Dp : Un tanto rebelde e inconformista. Evita establcer lazos personales íntimos

6Pa : Es sensitiva, susceptible a la opinión de los demás

7Pt : La paciente es consciente, ordenada y autocrítica

8Es : Tiende hacia intereses abstractos tales como la ciencia, la filosofía y la religión.

9Ma : Tiene un nivel normal de energía y actividad.

Combinación 1-2

La paciente presenta un preocupación prominente por sus funciones corporales. Asi mismo sentimientos de indeción, pesimismo, preocupación y un grado severo de depresión

❖ Cuestionario Caracterológico de Gaston Berger

- Interpretación Cuantitativa:

Puntajes directo: EMOTIVIDAD: 42 ACTIVIDAD: 50
RESONANCIA: 30

Fórmula caracterológica: NE-NA-P

Tipo caracterológico: AMORFO

- interpretación Cualitativa:

Su rasgo dominante es la pereza. Vive en el presente inmediato y no suele ser reflexivo en cuanto a las consecuencias de sus actos, solo atiende

a sus necesidades para darles satisfacción siempre con el mínimo esfuerzo. Se deja influenciar fácilmente por otros, mostrándose pasiva, obediente, amable ya que no tiene aptitudes para resistirse a sugerencias de un grupo. Así mismo presenta capacidad de acomodación, sociabilidad y practicidad.

❖ **Test de la Persona Bajo La Lluvia**

La paciente presenta la necesidad de mostrarse y ser tomada en cuenta; así mismo muestra ansiedad, tensión, impaciencia, obstinación y sentimientos de inadecuación. Muestra inmadurez emocional, dependencia, carácter obsesivo, preocupación por lo social, pasivo y complaciente.

Por otro lado, se protege de la desintegración, representa objetos idealizados pero está dispuesta a enfrentarse al mundo teniendo una buena capacidad de análisis, actuando con frialdad lógica y en algunas situaciones expresando tendencias verbales agresivas. Suele presentar sufrimientos y acontecimientos traumáticos ocurridos por el deseo de ser madre presentando una marcada depresión y teniendo mucha presión por el entorno en el que vive; a la vez manifiesta sentimientos de culpa por situaciones vividas en el pasado; del mismo modo tiene disconformidad con su propio cuerpo por la situación en la que vive. Su mecanismo de defensa es la represión.

❖ **Inventario de Depresión de Beck**

- **Interpretación Cuantitativa:**

Puntaje directo: 25

- **Interpretación Cualitativa:**

Paciente presenta indicadores clínicos de DEPRESIÓN MODERADA, existiendo la sensación de sentirse triste, ansiosa, irritable con pérdida de interés en las cosas que antes disfrutaba, decaída emocionalmente.

IV. RESUMEN

Paciente, en el momento de la entrevista, aparenta su edad, es de contextura normal con buena actitud frente al examinador y exámenes, obtiene un NIVEL PROMEDIO de inteligencia, teniendo la capacidad para aprender y comprender de forma adecuada. La paciente presenta una preocupación prominente por sus funciones corporales. Así mismo

sentimientos de indecisión, pesimismo, preocupación y un grado severo de depresión. Vive en el presente inmediato y no suele ser reflexivo en cuanto a las consecuencias de sus actos, solo atiende a sus necesidades para darles satisfacción siempre con el mínimo esfuerzo. Se deja influenciar fácilmente por otros, mostrándose pasiva y obediente, La paciente presenta la necesidad de mostrarse y ser tomada en cuenta; así mismo muestra ansiedad, tensión, impaciencia, obstinación y sentimientos de inadecuación. Muestra inmadurez emocional, dependencia, carácter obsesivo, preocupación por lo social. Presenta indicadores clínicos de **DEPRESIÓN MODERADA**, existiendo la sensación de sentirse triste, ansiosa, irritable con pérdida de interés en las cosas que antes disfrutaba, decaída emocionalmente.

Guido Alberto Chambi Larico
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	: L. M. Ch. C.
Edad	: 30 años
Fecha de Nacimiento	: 10-08-1986
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior
Dirección Actual	: Urb. Colón Mz F 109
Nº de Historia	: 4D-2020-B
Referido por	: Departamento de Gastroenterología y Departamento de Psiquiatría
Nombre del entrevistador	: Guido Alberto Chambi Larico
Fecha de entrevista	: 07-09-2016 / 09-09 -16 / 12-09-16

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente es derivada del departamento de gastroenterología y de psiquiatría, al consultorio de psicología dado que su condición de no poder tener hijos, sumado al hecho de tener colon irritable ha hecho que se sienta muy preocupada y triste, además la paciente refiere que “a causa de mis problemas no puedo cumplir con mis metas”.

III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente es la mayor de dos hermanas. Embarazo tuvo una duración de 9 meses, presentó los controles adecuados, no hubo ocurrencias de caídas o algún otro accidente, no consumo de medicamentos u otras sustancias; madre no ha tenido abortos, el embarazo fue deseado y sin ningún problema aparente. Parto fue eutócico, atendido por un médico, no tuvo dificultades al nacer, lloró y respiró. Paciente irguió la cabeza aproximadamente a los 3 meses de nacida, sigue objetos a los 4 meses, no dificultades visuales o auditivas, gateo cerca de los 7 meses. Primeros pasos e inicio

del habla a los 12 meses., no dificultades en el desarrollo del habla tanto a nivel expresivo y comprensivo. Lacto hasta cerca de los 7 meses, pasa a ingerir papillas y otros sólidos. No problemas de apetito. Usa pañales hasta los 2 años y medio, cerca de la misma edad empezó a tener control de esfínteres y pedía ir al baño. No presento problemas para conciliar sueño.

Asiste a jardín de niños desde los 4 años. Inicia primaria a los 6 años, gusta de ir a la escuela dado que empezó a hacer nuevos amigos. Era una niña obediente. Asiste a colegio femenino, en la primaria tuvo un rendimiento normal, ingresa a secundaria y su rendimiento se vuelve bajo debido a que siente que padres no le dan cariño ya que se dedicaban más a trabajar, además se suman los problemas de estreñimiento que le causan incomodidad; también es comparada con prima que tenía buenas notas, esto la hace sentir mal consigo misma. Solía juntarse con compañeras de los primeros puestos. Acaba la secundaria con un rendimiento de regular a bajo. Viaja a Lima e ingresa a la universidad a estudiar Educación acaba su carrera, esto le levanta su ánimo ya que se sentía un poco preocupada por su salud, mas no se titula, empieza a trabajar, luego realiza maestrías, hace un año se matricula en un curso donde al acabar le darían el título que quería, pero sufre una estafa ya que dicho curso era falso. Este evento la hace sentirse frustrada.

En cuanto a su sexualidad, primeras nociones fueron dadas por madre y escuela. En su adolescencia recibió guía de parte de su madre. Nota cambios corporales a la edad de 12 años, los cuales toma con normalidad y se presenta la menarquia. A los 22 años conoce a actual pareja con la cual se casaría luego, actualmente llevan 4 años y 6 meses de matrimonio. Paciente quiere tener hijos y comprar una casa en Arequipa, este es un pensamiento recurrente en ella.

No trabajo en su infancia o niñez, tampoco durante su adolescencia. Trabajo como docente en educación artística por cerca de 3 años en institución educativa en Lima. Se preocupa por desempeñar bien su labor de docente y considera que hace un buen trabajo. Paciente tiene mal apetito, no presenta o ha presentado desórdenes alimenticios a lo largo de sus primeras etapas de desarrollo. No consume de bebidas

alcohólicas con frecuencia, y cuando lo hace es en cantidades ínfimas. No fuma, ni ha fumado. Tampoco ha consumido ningún tipo de drogas. Tiene libreta militar mas no ha realizado servicio militar. Se identifica como católica.

Paciente no tiene y no puede tener hijos debido a que presenta ovario poliquístico y mioma uterino, además de padecer de colon irritable. Desde de los 9 años tuvo problemas de estreñimiento, ya de adolescente a los 12 años esta condición se agrava causándole incomodidad y preocupación, por lo que acude a nutricionista que le da pastillas para que pueda evacuar con facilidad, paciente acepta tratamiento, pero luego se automedica extendiendo el uso de estas pastillas a lo largo de 15 años aproximadamente aumentando progresivamente la dosis. Luego cuando tiene 27 años acude a gastroenterólogo donde es diagnosticada con colon irritable.

En cuanto a la dificultad para concebir, es diagnosticada con ovario poliquístico (15 años), después de que su periodo menstrual se suspendiera por un mes y medio; más adelante es diagnosticada con mioma uterino (28 años) luego de hacerse un chequeo para ver posibilidad de tener hijos con su esposo. No ha sufrido ningún accidente de consideración.

Su padre tiene 65 años, estudio medicina pero no concluyó la carrera, su madre tiene 55 años, estudio contabilidad pero tampoco concluyó la carrera; ambos tiene un local y se dedican al comercio y alquiler de disfraces. Tiene una hermana de 23 años soltera y estudia administración. Familia es de tipo nuclear, relaciones entre ellos son de tipo conflictivos, dado que paciente es vista como si fuese inmadura, y es criticada por las decisiones que toma. Paciente se preocupa por el trabajo que realizan sus padres y piensa que ya no deberían realizarlo. Casi no hay comunicación con hermana dado que esta está más preocupada por sus estudios, pero no hay conflictos entre ellas.

Actualmente paciente radica en Arequipa, en la vivienda de sus padres, la cual es de material noble, bien amoblada y cuenta con los servicios básicos de agua, luz y desagüe, además posee el servicio de internet y telefonía fija. El ingreso proviene de los padres y del esposo de la paciente, lo que les permite vivir sin entrar en apuros

económicos. Su familia pertenece a un nivel socioeconómico medio. No hay antecedentes de patologías de tipo psicológico en la familia tanto por parte de padre y de madre.

IV. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Paciente, aparenta su edad, es de contextura normal, talla promedio, cabello negro, tez trigueña y ojos color marrón oscuro; viste aliñada y aseo personal es adecuado. Su postura es erguida, marcha coordinada, por ocasiones dirige la mirada hacia abajo, hace contacto ocular, tono de voz normal, expresión facial denota preocupación y tristeza al momento de hablar de sus problemas. No hay signos de focalización, no temblores, no tics. Mantiene atención, estado de alerta. Orientada en tiempo, espacio, lugar persona y personas.

Velocidad de respuesta normal, fluido, claro, no aceleración, dialogo coherente, lenguaje sin alteraciones .El pensamiento es tanto concreto como abstracto, no delusiones de daño, ideas de considerarse insegura, impaciente y dependiente. Muestra preocupación y tristeza por no poder cumplir sus metas. No alucinaciones auditivas ni visuales. Memoria conservada. Capacidad de comprensión, razonamiento y juicio conservados. Denota preocupación y tristeza, expresión facial y corporal son concordantes con lo que dice sentir. Se preocupa por sus padres y mantiene una buena relación con su esposo. No tiene ganas de salir de casa, en ocasiones llora y otras quiere hacerlo, pero se contiene. Es consciente de su enfermedad, y que esta ha interferido en sus actividades sociales, familiares y laborales.

V. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas:
 - ✓ Test de inteligencia no verbal TONI 2
 - ✓ Inventario multifásico de la personalidad Mini-Mult
 - ✓ Cuestionario Caracterológico de Gaston Berger

- ✓ Test de la Persona Bajo la Lluvia
- ✓ Inventario de depresión de Beck

VI. ANALISIS E INTERPREYACION DE LOS RESULTADOS

La paciente posee una capacidad intelectual promedio, teniendo la capacidad para aprender y comprender de forma adecuada.

Según los rasgos de personalidad, ella vive en el presente inmediato y no suele ser reflexiva en cuanto a las consecuencias de sus actos, se deja influenciar fácilmente por otros, mostrándose obediente y amable, ya que no tiene aptitudes para resistirse a sugerencias de un grupo. Esto debido a que ella muestra una actitud pasiva e inmadura según la percepción de sus padres y lo que ella siente. De acuerdo a los resultados del Inventario multifásico de la personalidad Mini-Mult presenta un nivel alto de Hipocondría, tiene disconformidad y una preocupación prominente por sus funciones corporales debido a que presenta colon irritable y mioma uterino, así mismo presenta sentimientos de pesimismo, preocupación y un grado severo de depresión por las situaciones que a pasado en su vida personal y de salud, generada por la presión y el entorno en la que vive. Tiene la necesidad de mostrarse y ser tomada en cuenta; así mismo muestra ansiedad, tensión, impaciencia, obstinación, y sentimientos de inadecuación. Su mecanismo de defensa es la represión. Paciente presenta indicadores clínicos de depresión moderada, existiendo la sensación de sentirse triste, ansiosa, irritable con pérdida de interés en las cosas que antes disfrutaba; decaída emocionalmente.

La paciente se somete fácilmente a influencias ajenas ya que muestra dependencia hacia los padres. Pese a ello es consciente de su enfermedad, y que esto interfiere en sus actividades sociales, familiares y laborales.

VII. CONCLUSION DIAGNOSTICA

Diagnostico Nosológico: CIE-10 - F 32.1 Episodio depresivo moderado

Diagnostico Psicológico: Debido a los síntomas que presentan la paciente, los rasgos observados durante la entrevista y resultados de las pruebas aplicadas, muestra

incomodidad, preocupación, tristeza, llanto frecuente, inseguridad, impaciencia por la dificultad de no poder tener hijos. Por estos síntomas y por los resultados obtenidos se infiere que la paciente presenta un diagnóstico de trastorno depresivo moderado.

Pronóstico: favorable puesto que la paciente es consciente del problema que le aqueja.

VIII. **RECOMENDACIONES**

Por la presencia de los síntomas, se recomienda:

- ✓ Relajación: Para poder hacer frente a las dificultades, para calmar la mente y permitir que el pensamiento sea más claro y eficaz.
- ✓ Psicoterapia individual: Para mejorar su auto concepto y autoestima
- ✓ Recogida de pensamientos automáticos: Para identificar y modificar las cogniciones des adaptativas que presente la paciente que le producen emociones y conductas contraproducentes.
- ✓ Terapia de Reestructuración Cognitiva: Para modificar los pensamientos erróneos que la paciente tiene en determinadas situaciones sobre sí misma y otras personas.
- ✓ Terapia de Activación Conductual: Para aumentar los comportamientos en áreas socialmente importantes, de manera que se de oportunidades para entrar en contacto con una mayor cantidad de reforzadores positivos naturales, al mismo tiempo que incrementa la probabilidad de cambios concurrentes en el estado de ánimo, en el pensamiento e incluso, en la calidad de vida total de la paciente.
- ✓ Terapia Familiar: Para mejorar el funcionamiento de la familia a diferentes niveles; como la comprensión mutua y el apoyo emocional entre los miembros de la misma.

Guido Alberto Chambi Larico
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPEUTICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	: L. M. Ch. C.
Edad	: 30 años
Fecha de Nacimiento	: 10-08-1986
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior
Dirección Actual	: Urb. Colón Mz F 109
N° de Historia	: 4D-2020-B
Referido por	: Departamento de Gastroenterología y Departamento de Psiquiatría
Nombre del entrevistador	: Guido Alberto Chambi Larico
Fecha de entrevista	: 07-09-2016 / 09-09 -16 / 12-09-16

II. DIAGNÓSTICO

Diagnostico Nosológico: CIE-10 - F 32.1 Episodio depresivo moderado

Diagnostico Psicológico: Paciente es insegura, con tendencia a la introversión, evidencia muchas preocupaciones, tristeza, llanto frecuente, impaciencia y dificultad para seguir sus actividades cotidianas que da lugar a diagnóstico de trastorno depresivo.

III. OBJETIVO GENERAL

Mejorar el estado de la Paciente teniendo en cuenta sus alteraciones físicas, psíquicas, conductuales y modificar sus pensamientos recurrentes negativos que le generan sufrimiento y preocupación.

IV. TECNICA TERAPEUTICA A UTILIZAR

Modelo: Aprendizaje Social

Técnica: Cognitivo-conductual

V. DESCRIPCION DEL PLAN TERAPEUTICO

Para este plan psicoterapéutico se utilizara el entrenamiento de la terapia Cognitivo conductual.

Primera Sesión

Técnica:	Relajación
Objetivos:	✓ Para poder hacer frente a las dificultades, para calmar la mente y permitir que el pensamiento sea más claro y eficaz
Desarrollo:	<ul style="list-style-type: none">• Enseñarle de forma didáctica el porqué, fundamento y beneficios de la relajación para la comprensión de la técnica.• Se mencionará los tipos de respiración, enseñándole la respiración diafragmática y su importancia en el proceso de la relajación.• Explicar que es un nuevo hábito y es recomendable hacerlo con los ojos cerrados y antes de iniciar, saber su nivel de tensión lo cual se le preguntara al finalizar la práctica.• Enseñar a tensar y relajar los músculos involucrados en estas zonas de las manos, brazos, hombros, cuello, rostro, abdomen, espalda, pierna; junto con el terapeuta, para ilustrar de una manera adecuada la realización de los ejercicios.• Se le dirá que se acomode y se concentre en el sonido de la música instrumental (relajación) que se le pondrá para dirigir la práctica, tomando en cuenta el timbre de voz y el contexto, la respiración y los mensajes, se hará con voz pausada, lenta y continua.• Finalmente se le planteará una escena relajante, luego se le dejara de trabajo seguir estos ejercicios en su casa todas las mañanas.

Tiempo:	30 min
Materiales:	Protocolos de actividades diarias y útiles de escritorio

Segunda Sesión

Técnica:	Reconocimiento de Cualidades y Aspectos Positivos
Objetivos:	✓ Lograr que la evaluada reconozca sus cualidades y fortalezas para desarrollar su autoestima y fortalecer su auto concepto.
Desarrollo:	<ul style="list-style-type: none"> • Se trabajara con la paciente, buscando que reconozca los aspectos positivos que hay en ella. • Se le entregará una hoja con un dibujo de un árbol, donde se darán las siguientes indicaciones: <ul style="list-style-type: none"> ❖ En las raíces: colocara las cualidades positivas que posee. ❖ En el tronco: colocara las fortalezas que posee. ❖ En la copa (frutos): considerar como frutos los logros obtenidos a lo largo de su vida. • Al final se buscará una reflexión en la paciente sobre las cosas positivas que posee, haciendo que reconozca la importancia que tiene como ser humano y su utilidad como tal.
Tiempo:	45 min
Materiales:	Dibujo del árbol y útiles de escritorio

Tercera Sesión

Técnica:	Terapia de Activación Conductual
Objetivos:	<p>✓ Aumentar los comportamientos en áreas socialmente importantes e incrementar la probabilidad de cambios concurrentes en el estado de ánimo y en la calidad de vida total de la paciente.</p>
Desarrollo:	<ul style="list-style-type: none"> • En esta sesión trabajaremos sus actividades placenteras que ayudarán a la paciente en aspectos sociales. • Se explicara a la paciente sobre este tratamiento, así mismo se le informara que el trabajo será en equipo y resolverá problemas específicos de su vida. • Después se planteara metas donde se organizaran sus actividades personales y sociales (salir al cine, ir a reuniones, comer helado, etc.) • Las actividades tienen que estar de acuerdo a las metas planteadas y que involucren momentos donde la paciente socialice; áreas como: relaciones familiares, empleo y los pasatiempos. • Luego identificaremos con la paciente actividades específicas o actividades claves que ayudaran a disminuir el estado de la paciente donde ella tiene asignar un tiempo y una frecuencia a estas actividades y convertirlas en una rutina tal, que las conductas saludables se vuelven un lugar común. <ul style="list-style-type: none"> • Seguidamente se identificara áreas de regulación de rutinas que pudieran tener un resultado terapéutico. Para esta técnica se entregara a la paciente formatos de auto

Tiempo:	30 min
Materiales:	Consultorio de Psicología, protocolos de actividades diarias y útiles de escritorio

Cuarta Sesión

Técnica:	Búsqueda de evidencia
Objetivos:	✓ Confrontar los pensamientos automáticos que posea con las evidencias reales
Desarrollo:	<p>Se elaborada un cuadro donde se pondrá la situación, la emoción y el pensamiento que le viene a la cabeza cuando está en ese lugar.</p> <p>SITUACION - PENSAMIENTO- EMOCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez identificados los pensamientos automáticos de la sesión anterior se trabajara en base a ellos para evidenciar si realmente son válidos o no. • Se anotará en la hoja de papel al costado, derecho del pensamiento automático identificado y se pedida al paciente que verbalice que encontró de distinto • Se realiza un proceso de retroalimentación. • Finalmente se dejara tarea para la casa: identificar los demás pensamientos automáticos que crea poder tener junto con las evidencias reales que pueda encontrar y las escriba en un cuaderno de hojas bond.

Tiempo:	30 min
Materiales:	Consultorio de psicología, papeles de colores y bond y útiles de escritorio

Quinta Sesión

Técnica:	Recogida de pensamientos automáticos
Objetivos:	✓ Identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que presenta la paciente, que le producen emociones y conductas contraproducentes
Desarrollo:	<ul style="list-style-type: none"> • Se explicara al paciente el significado de los pensamientos automáticos, como ocurren, porque suceden y de qué manera nos pueden afectar positiva y negativamente en nuestra vida. • Seguidamente se le pedida a la paciente registrar pensamientos automáticos que tenga a diario, para ello se le entregara un registro diario de pensamientos automáticos. (PA).y lo tendrá que hacer en una hora fija y sobre todo en momentos difíciles y en los lugares más difíciles que le ocasionan la aparición de estos pensamientos automáticos. • Luego someteremos a la paciente a los pensamientos automáticos a prueba de realidad y se le hará reflexionar a la paciente sobre la validez o su tipo de distorsión en ese pensamiento automático que escribió en su registro. (buscar evidencias a favor y en contra)

	<ul style="list-style-type: none"> • Luego se le entregara a la paciente un autorregistró que comprende tres partes: situación-pensamiento-estado emocional y se le explicara la técnica y la importancia de detectar los pensamientos automáticos. • Finalmente se Indicada a la paciente hacerlo en los momentos de perturbación emocional sobre todo cuando llora y se empieza a sentir triste y muy preocupada.
Tiempo:	30 min
Materiales:	Consultorio de Psicología, Hojas de registro de pensamientos.

Sexta Sesión

Técnica:	Reestructuración cognitiva
Objetivos:	✓ Lograr el cambio del pensamiento de la paciente
Desarrollo:	<ul style="list-style-type: none"> • Se da una breve charla a la paciente sobre los pensamientos irracionales y las emociones. ❖ Dentro de nuestra sociedad, las ideas irracionales o pensamientos distorsionados son impedimentos para lograr el autocontrol emocional, esto tiene consecuencias en nuestra vida, las cuales pueden verse reflejadas en el ámbito personal, emocional, laboral, y espiritual, por ello, algunas veces no logramos que nuestra vida sea plena, y que podamos disfrutarla con alegría. <p>LA IRA</p>

	<p>La ira se refiere a una reacción que nos inmoviliza cuando se experimenta, cuando nos falla algo que esperábamos. En general proviene del deseo de que el mundo y la gente sean diferentes a lo que realmente son. Cuando se enfrentan circunstancias que no son las que se quieren, se pierde el control y se dicen cosas que no deberían, incluso la ira provoca frustración por elegir este tipo de reacción, se puede aprender a pensar de manera diferente cuando se sientan frustrados, lo más probable es que sigan sintiendo rabia, irritación y desilusión ya que el mundo no será nunca como se quiere que sea. Sin embargo la ira puede ser eliminada si cambian el enfoque, tomando otra reacción ante esta situación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La idea de esta pequeña charla es que la paciente conozca bien sobre la influencia de estos pensamientos automáticos • Se realizan diferentes situaciones reales de la paciente y se le pregunta cómo reacciona normalmente y cuál debería ser la manera correcta de reaccionar
Tiempo:	20 minutos
Materiales:	Consultorio de Psicología

Séptima Sesión

Técnica:	Reestructuración Cognitiva
Objetivos:	Identificar, analizar y modificar las interpretaciones y los pensamientos erróneos que la paciente manifiesta en determinadas situaciones.
Desarrollo:	<ul style="list-style-type: none"> • Primero se identificada los esquemas cognitivos más habituales que actualmente está presentando la paciente como: Pensamientos que originan emociones adecuadas, los pensamientos que distorsionan la realidad de la paciente y los que dificultan la consecución de sus objetivos y el cumplimiento de sus metas personales. • Para ello se hará uso de preguntas <ul style="list-style-type: none"> ❖ Primero se le preguntara a cerca de realidad. Me infravaloro? Exagero en mis pensamientos? Me responsabilizo de mi problema en exceso? ❖ Analizar las consecuencias de pensar de la paciente ¿Me sirve de algo darle vueltas de manera improductiva con esta idea? ¿Me ayuda el darle vueltas y más vueltas sobre mi problema? ¿Cómo incide mi forma de pensar en mis relaciones sociales/familiares? ¿En mi trabajo? ¿En mi estado de ánimo? ❖ Analizar qué pasaría si lo que se pensara fuese cierto: (Siempre con preguntas) Me gustaría que las cosas fuesen de otra manera pero... ¿Sería trascendente para mí?

	<p>❖ "Mi valía personal depende de- "No puedo vivir sin..."etc, son preguntas que se le hará a la paciente a partir también del auto registró de la primera sesión.</p> <p>• Luego se pedida a la paciente hacer que cree pensamientos Alternativos, para ello se utilizara también preguntas donde la paciente tiene que responder sola y haciendo reflexión de las situaciones.</p> <p>❖ ¿Es esta la única manera posible de interpretar la realidad? ¿Hay otras maneras de hacerlo? ¿Cuáles?</p> <p>¿Qué le diría a un amigo que tuviera estos tipos de pensamientos? ¿Qué me diría un amigo o un familiar?</p> <p>¿Por qué? ¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarlo que darle vueltas al mismo tema una y otra vez? ¿Qué? ¿Qué probabilidades hay que estas formas sean las más adecuadas? ¿Tienen más probabilidades de ayudarme a conseguir mis objetivos que la forma inicial de plantearme la situación?</p> <p>¿Tienen más probabilidades de conseguir mejorar mi estado de ánimo? ¿Tienen más probabilidades de incidir positivamente en mi manera de actuar? Etc.</p> <p>• De acuerdo a las respuestas se le hará retroalimentación de todas las sesiones de pensamientos automáticos y</p>
Tiempo:	45 minutos
Materiales:	Consultorio de Psicología

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Para este plan psicoterapéutico serán necesarias 7 semanas

Y se hará una última sesión de retroalimentación de todas las sesiones; así como se hará una evaluación de resultados.

VII. LOGROS OBTENIDOS

No se realizó ninguna de las sesiones ya que la paciente recién volverá para su próxima sesión terapéutica la siguiente semana, para empezar con el plan psicoterapéutico propuesto.

VIII. CAMBIOS DE ACTITUDES Y/O COMOPORTAMIENTOS

Lo sé logro:

- Que la paciente aprenda técnicas psicológicas para mejorar su estado de ánimo.
- Que la paciente reconozca los pensamientos negativos que afectan a su vida.
- Que aprenda a modificar esos pensamientos negativos por pensamientos positivos
- Que la paciente cambie su estado de ánimo y vuelva a continuar con su vida social.

Guido Alberto Chambi Larico
Bachiller en Psicología

Section VII. Responses to the TONI-2 Form A

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

90-110 → Noel Pomedi

33+
2
25

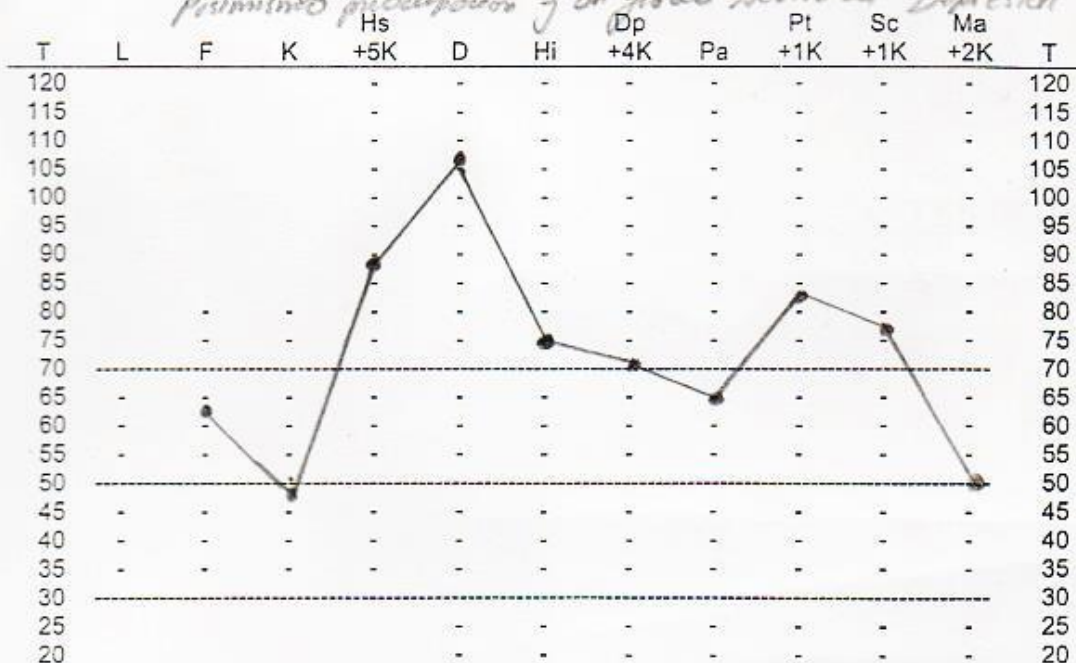
(Hoja de Respuesta)

Edad: 30 años
Grado de Instrucción: Superior
Fecha de examen: 06-07-16

1. V F	13. V F	25. V F	37. V F	49. V F	61. V F
2. V F	14. V F	26. V F	38. V F	50. V F	62. V F
3. V F	15. V F	27. V F	39. V F	51. V F	63. V F
4. V F	16. V F	28. V F	40. V F	52. V F	64. V F
5. V F	17. V F	29. V F	41. V F	53. V F	65. V F
5. V F	18. V F	30. V F	42. V F	54. V F	66. V F
7. V F	19. V F	31. V F	43. V F	55. V F	67. V F
8. V F	20. V F	32. V F	44. V F	56. V F	68. V F
9. V F	21. V F	33. V F	45. V F	57. V F	69. V F
10. V F	22. V F	34. V F	46. V F	58. V F	70. V F
11. V F	23. V F	35. V F	47. V F	59. V F	71. V F
12. V F	24. V F	36. V F	48. V F	60. V F	

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	0	3	5	9	15	13	8	4	11	8	4
Puntaje Equivalente	2	9	12	20	40	30	23	13	27	24	15
Añadir K				6			5		12	12	2
Puntaje Directo Corregido	2	9	12	26	40	30	28	13	39	36	17
Puntaje T		64	49	88	106	75	71	65	83	76	50

DIAGNÓSTICO: Paciente presenta preocupación prominentemente por sus juicios corporales, sentimientos de inferioridad, pesimismo preocupado y un todo síndrome Depresión



CUESTIONARIO CARACTEROLÓGICO DE GASTON BERGER

Adaptación: Luis Alberto Vicuña Perí

HOJA DE RESPUESTAS

APELLIDOS Y NOMBRES: Robert H. Ch. C.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 30 años Superior

SEXO: F EDAD: 30 años FECHA DE HOY: 1/1/1

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Superior

CENTRO DE ESTUDIOS: Un. Calera No. F-109

DOMICILIO: Calle A. Chacabuco

EVALUADOR: Superior

PUNTAJES DIRECTOS: EMOTIVIDAD NE-ND-P ACTIVIDAD Δmof RESONANCIA Δmof

FÓRMULA CARACTEROLÓGICA: NE-ND-P

TIPO CARACTEROLÓGICO: Δmof

DESCRIPCIÓN Y RECOMENDACIONES: Seguir pautas en actividades. Evitar la violencia.

INSTRUCCIONES

Esta es una prueba que te ayuda a conocerte mucho mejor. Para conseguirlo, solo tendrás que contestar las siguientes preguntas indicando tu respuesta de la siguiente manera:

Al final de cada grupo de respuestas hay un número (1, 5 ó 9). Deberás elegir la respuesta que mejor describa una característica tuya y luego marcar con una «X» el número correspondiente en la hoja de respuestas.

Ejemplo: ¿Le gusta salir a pasear con sus amigos?9
¿Prefiere salir solo(a)?1

De esta manera responderás a todas las preguntas, de forma más sincera posible, recuerda que de ello depende el mejor conocimiento de tu carácter.

21. ¿Está usted a menudo guiado por su acción con la idea de un por venir lejano (ahorrara para la vejez, acumular o reunir materiales y datos para un trabajo a largo plazo, etc.) o por las consecuencias lejanas que puede tener?
o ¿Se interesa especialmente por los resultados inmediatos? (9) (1)
22. ¿Preveé Ud. «todo lo que puede hacer» y se prepara cuidadosamente para cada caso (por ejemplo, en ocasión de sus viajes o paseos hace equipajes minuciosos, estudios de itinerarios, previsión de posibles accidentes, etc.)?
o ¿Prefiere atenerse a la inspiración del momento? (9) (1)
23. ¿Tiene usted principios estrictos a los que trata de ceñirse?
o ¿Prefiere adaptarse a las circunstancias con flexibilidad? (9) (1)
24. ¿Es usted constante en sus proyectos? ¿Termina siempre lo que ha comenzado?
o ¿Abandona con frecuencia una tarea antes de terminar empezándolo todo sin concluir nada? (9) (1)
25. ¿Es usted constante en sus principales simpatías (continúa con sus amistades de infancia o frecuenta regularmente a las mismas personas y los mismo círculos)?
o ¿Cambia menudo de amigos (dejando por ejemplo, sin razón alguna de ver a personas que antes frecuentaba)? (9) (1)
26. Después de un exceso de cólera o después de una afrenta se reconcilia con su circunstancial enemigo?
o ¿Durante cierto tiempo permanece de mal humor?
o más aún, ¿Es difícil reconciliar (resentimiento persistente)? (9) (5) (1)
27. ¿Tiene usted hábitos sumamente estrictos a los que se está apegando? ¿Se siente atraído por el retorno regular de ciertos hechos?
o ¿Siente horror por todo lo que es habitual o previsto de antemano, siendo para usted lo espontáneo un elemento esencial de su vida? (9) (1)
28. ¿Le gusta el orden la simetría, la regularidad?
o bien ¿El orden le parece aburrido y siente la necesidad de encontrar por doquiera hulla de fantasía? (9) (1)
29. ¿Preveé con antelación el empleo de su tiempo y de sus fuerzas? ¿Es amigo de hacer planes filis, horarios y trazar programas?
o ¿Se lanza a la acción sin regla precisa, fijada de antemano? (9) (1)
30. ¿Cuándo ha adoptado una opinión se aferra a ella con obstinación?
o ¿Se convence fácilmente de lo contrario y se deja seducir por la novedad de una idea? (9) (1)

30

1. ¿Toma Ud. a pecho las pequeñas cosas cuya importancia sin embargo sabe que es mínima? ¿Se transforma a veces por insignificancias?
o ¿Sólo le perturban los acontecimientos graves? (3) (4)
2. ¿Se entusiasma o indigna con facilidad?
o ¿Acepta Ud. tranquilamente las cosas tal como son? (1) (2)
3. ¿Es Ud. susceptible, se siente herido(a) fácilmente y de manera profunda por una crítica algo viva o por una observación poco amable o burlona?
o ¿Soporta las críticas sin sentirse menospreciado? (1) (2)
4. ¿Se turba con facilidad ante un suceso imprevisto? ¿Se sobresalta cuando lo llaman interpestivamente? ¿Padece o se ruboriza con facilidad?
o ¿No se desconcierta Ud. sino muy difícilmente? (1) (2)
5. ¿Se acalora Ud. al hablar? ¿Eleva la voz en una conversación? ¿Siente necesidad de emplear términos violentos o palabras demasiado expresivas?
o ¿Conversa Ud. con calma, sin prisa, de una manera reposada? (1) (2)
6. ¿Se siente Ud. angustiado frente a una tarea nueva o ante perspectiva de cambio?
o ¿Afronta Ud. la situación con serenidad? (1) (2)
7. ¿Pasa Ud. alternativamente de la exaltación al abatimiento, de la alegría a la tristeza y viceversa, por tonterías y aún sin razón aparente?
o ¿Es de humor constante? (1) (2)
8. ¿Se siente frecuentemente perturbado con dudas y escrúpulos, frente a actos sin importancia? ¿Conserva Ud. a menudo en la mente un pensamiento completamente inútil y que hace sufrir?
o ¿No conoce más que por excepción este penoso estado de preocupación? (1) (2)
9. ¿A veces Ud. experimenta estados de miedo que le impiden realizar cualquier movimiento, o timidez que no le deja articular una sola palabra?
o ¿No conoce más que por excepción este penoso estado de preocupación? (1) (2)
10. ¿Se siente con frecuencia desgraciado?
o ¿Está generalmente contento de su suerte, y aún cuando las cosas no sucedan como Ud. quiera, piensa más en lo que será menester cambiar, que en sus propios sentimientos? (1) (2)

42

11. ¿Suele Ud. ocuparse activamente durante sus horas libres (estudios suplementarios, alguna acción social, trabajos manuales o cualquier tarea voluntaria)?
o ¿Para largos ratos sin hacer nada, soñando, meditando o simplemente distrayéndose (con lecturas entretenidas, escuchando la radio, etc.)? (1) (2)
12. ¿Lleva a cabo inmediatamente, y sin dificultad lo que ha decidido hacer?
o ¿Necesita usted realizar mucho esfuerzo para pasar de la idea a la acción de la decisión a la acción? (1) (2)
13. ¿Se siente estimulado por las dificultades y motivado por la idea del esfuerzo a realizar?
o ¿Se desanima usted fácilmente ante las dificultades o ante una tarea que se anuncia demasiado ardua? (1) (2)
14. ¿Prefiere usted pasar a la acción directamente o por lo menos forjar proyectos que realmente lo preparen para el porvenir?
o ¿Le gusta soñar y meditar ya sea sobre el pasado o sobre el futuro, o también acerca de cosas puramente imaginarias? (1) (2)
15. ¿Hace usted lo que tiene que hacer enseguida y sin que le cueste mucho (por ejemplo escribir una carta, arreglar un problema etc.)?
o ¿Se siente inclinado a postergar las cosas? (1) (2)
16. ¿Toma usted decisiones rápidamente, aún en los casos difíciles?
o ¿Es indeciso y vacila generalmente por largo tiempo? (1) (2)
17. ¿Es usted movido e inquieto (gesticula, se levanta subitamente de su silla, va y viene por la habitación, etc.) en ausencia de toda emoción viva?
o ¿Esta generalmente quieto cuando una emoción no lo agita? (1) (2)
18. ¿Jamás vacila usted al emprender una transformación útil cuando sabe que exigirá un gran esfuerzo de su parte?
o ¿Retrocede ante el trabajo a realizar y prefiere contentarse, por dicha causa, con el estado de las cosas en el que se encuentra? (1) (2)
19. Cuando han impartido instrucciones para una determinada tarea, ¿Vigila su realización de cerca asegurándose que todo quede bien hecho en las condiciones y en el momento requerido?
o ¿Se desentiende de la ejecución con el sentimiento de haberse desahogado de un preocupación? (1) (2)
20. ¿Le gusta más actuar que observar pasivamente, ensalzándole aburrido el simple espectáculo?
o ¿Prefiere Ud. mirar que hacer (siento placer por ejemplo, en observar a menudo y largamente el desarrollo de un juego que no practica)? (1) (2)

50

INVENTARIO DE BECK

NOMBRE: Lyberth M. Ch. C.
 EDAD: 30 años SEXO: Mujer
 GRADO: Serpuier FECHA: 07, 09, 2018
 EVALUADO POR: Guido S. Chaves EVALUACIÓN:

Este inventario tiene varios grupos de afirmaciones por favor lea cada una cuidadosamente. En la columna de la derecha, coloque el puntaje 0, 1, 2, ó 3 de la afirmación que en cada grupo describa mejor la forma en que usted se sintió la semana pasada. Incluyendo el día de hoy. Si usted encuentra en un grupo que hay varias afirmaciones que la (o) describen de igual forma, elija solo una de ellas. Asegúrese de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir su respuesta.



1. 0. No me siento triste
 1. Me siento algo triste
 2. Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de este estado
 3. Me siento tan triste e infeliz que ya no aguanto más
2. 3. Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar
 2. Siento que nada me llama la atención
 1. El futuro me desanima
 0. El futuro no me desanima especialmente
3. 1. Siento que he cometido más errores que la mayoría de las personas
 2. Al mirar hacia atrás en mi vida lo único que veo es una cantidad de errores
 0. No me siento un fracaso
 3. Me siento que soy un completo fracaso como persona
4. 3. Estoy insatisfecho(a) y aburrido(a) con todo
 2. Ya no tengo satisfacciones reales de nada
 1. No disfruto las cosas como antes
 0. Tengo tantas satisfacciones como antes
5. 1. Tengo sentimientos de culpa una buena parte del tiempo
 3. Tengo sentimiento de culpa todo el tiempo
 0. No tengo sentimiento de culpa
 2. Tengo bastantes sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo
6. 2. Tengo la expectativa de que me van a castigar
 0. No siento que me estén castigando
 3. Siento que me están castigando
 1. Siento que puedo ser castigado(a)
7. 3. Me odio a mí mismo(a)
 2. Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a)
 1. Estoy desilusionado(a) de mí mismo(a)
 0. No me siento desilusionado(a) de mí mismo(a)
8. 0. No me siento peor que los otros
 3. Me culpo por todas las cosas malas que pasan
 1. Soy crítico(a) con mis debilidades y errores
 2. Me culpo todo el tiempo por mis faltas

1

1

3

2

3

1

1

1

9. 0. No he pensado en matarme
1. He pensado en matarme pero no la haría
2. Me gustaría matarme
3. Me mataría si tuviera oportunidad
10. 3. Antes podía llorar pero ahora no puedo hacerlo aunque quiera
2. Ahora lloro todo el tiempo
1. Llora ahora mas que antes
0. No lloro mas que lo usual
11. 1. Me irrito o me enoja más fácilmente que antes
0. Ahora me irrito más que antes
3. Ahora no me irritan las cosas que usualmente me irritaban
2. Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo
12. 0. No he perdido el interés por otras personas
1. Me interesan las personas menos que antes
2. He perdido gran parte del interés en otra gente
3. He perdido todo el interés por otras personas
13. 1. Pospongo las decisiones más que antes
0. Tomo mis decisiones también como siempre lo he hecho
3. Ya no puedo tomar decisiones
2. Me cuesta más trabajo tomar decisiones que antes
14. 0. No creo que me vea peor que antes
3. Creo que me veo horrible
2.iento que hay cambios en mi apariencia que me hacen ver menos atractivo(a)
1. Me preocupa verme viejo(a) y sin atractivos
15. 1. No puedo dormir como antes
3. Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volverme a dormir
0. Puedo dormir tan bien como antes
2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir
16. 0. No me siento más cansado(a) de lo normal
1. Me canso más fácilmente que antes
2. Me canso de hacer cualquier cosa
3. Me canso demasiado de hacer cualquier cosa
17. 3. Ahora he perdido todo el apetito
2. Mi apetito es peor ahora
1. Mi apetito no es tan bueno como era antes
0. Mi apetito no es peor que antes
18. 0. No me preocupo por mi salud mas de lo usual
3. Me preocupan mis problemas físicos no puedo pensar en otra cosa
2. Me preocupan mucho mis problemas físicos me cuesta trabajo pensar en otra cosa
1. Me preocupan mis problemas físicos como: dolores, malestares estomacales o estreñimiento.

0

1

0

2

2

2

1

2

1

1

25 Ptos



CASO CLINICO Nº2

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

ANAMNESIS

I. DATOS DE AFILIACIÓN

Nombres y apellidos	: Brenda D.C.
Edad	: 21 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 19- 01- 1996
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Tercero de universidad
Estado civil	: Soltera
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católica
Informante	: Brenda D.C (Paciente)
Fechas de evaluación	: 13 de octubre
Lugar de evaluación	: Centro de Salud Mateo Pumacahua
Evaluador	: Nadia Varani Villanueva Junco

II. MOTIVO DE CONSULTA

Brenda, estudiante universitaria de 21 años, acude a consulta refiriendo estar padeciendo de un estado de ánimo bajo y apático desde hace aproximadamente un año y medio, y se suma también la tristeza por los problemas de comunicación con su mamá, con quien comenta no llevarse del todo bien y esto ha afectado su salud tanto anímica como físicamente, ya que ha perdido peso y le han surgido problemas digestivos que le preocupan.

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

La paciente proviene de una familia nuclear; mamá, papá y sus dos hermanos menores, actualmente vive en la casa de sus padres dependiendo económicamente de ellos; refiere que su madre nunca la quiso porque en una oportunidad ella le dijo que mejor la hubiera abortado, para ya no tener tantos problemas, describe también que todo lo que ella hace para su mamá está mal y siempre tiende a criticarla y a menospreciarla.

En una oportunidad comenta, que cuando era niña a la edad de 8 años, por una travesura que hizo, su mamá la empezó a ahorcar por lo que su padre tuvo que intervenir rompiendo la chapa de la puerta del cuarto donde se encontraban por los gritos y la pedida de auxilio de su hija.

Manifiesta también que nunca tuvo una comunicación fluida con su madre y que en la actualidad cualquier problema o situación problemática termina siempre en discusión y peleas, para que posteriormente se quiten el habla por varios días.

Todos estos sucesos conllevan que a la edad de 16 años, adopte conductas inadecuadas para su salud y que tienda a ocultarlas a sus padres como por ejemplo provocarse el vómito, estreñimiento frecuente y dejar de comer; a la edad de 18 años es que los problemas con sus padres se agravaron provocando discusiones continuas pero en especial con su madre con quien no mantiene una buena relación ya que nunca tuvo la aprobación, ni la aceptación de su madre en las actividades que hacía, llegándole a decir que ella es el motivo de sus problemas y que mejor la hubiera abortado, esto fue induciéndola poco a poco a estados de ánimo depresivos que se fueron prolongando al pasar el tiempo, en la actualidad sus problemas de estado de ánimo y físico se han acrecentado y esto es algo que le preocupa demasiado.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

1. Desarrollo prenatal

La paciente no fue una hija planificada, según refiere ella ya que sus padres en esa época no se cuidaban. Su madre asistió a sus controles pocas veces ya que trabajaba para poder pagar el lugar en donde vivían ya que su padre era un poco irresponsable y no quería tener una relación seria.

2. Desarrollo postnatal

a. Nacimiento

El parto se realizó de forma natural, lloro al momento de nacer sin necesitar incubadora, la paciente no refiere más datos.

b. Infancia

Sus primeras manifestaciones de lenguaje fueron dentro de los parámetros normales.

A la edad de 1 año y 9 meses inicio la formación de sus hábitos higiénicos, se los enseñó su abuela, aprendiéndolos. La interacción madre-hija durante los primeros años de vida fue escasa ya que la madre la dejaba con sus tías y su abuela materna, pues tenía que salir a trabajar. Su relación con su abuela y sus tías fue buena.

En cuanto a los hábitos alimenticios contó con alimentación variada y balanceada, ya que contaban con el apoyo de la abuela materna.

Respecto a su desarrollo neuromuscular y psicomotriz fue normal. En su etapa escolar fue una estudiante regular, ya que no se desenvolvía cómodamente con sus demás compañeros,

A la edad de 8 años tuvieron que cambiarla de colegio ya que fue cuando se mudaron de casa, del Cercado a Miraflores.

c. Adolescencia

A la edad de 12 años ingreso a la secundaria, al colegio Nacional Arequipa, en donde sus relaciones sociales no fueron exitosas puesto que siempre fue introvertida, no participaba de reuniones y siempre fue desconfiada de las pocas amigas que tenía, refiere que en el colegio, habían muchos problemas de acoso entre las estudiantes, fue allí también donde sus amigas le mostraron como cortarse las muñecas (cuting) a lo que ella no quería acceder, pero lo realizo en casa después de una discusión con su madre. A los 14 años tuvo su primer enamorado al que consideraba como una relación más de amigos. A la edad de 16 años la cambiaron de I.E. al colegio Mayor Mendel, en donde refiere se sentía más cómoda y en el cual hizo más amigos.

Al finalizar sus estudios secundarios a la edad de 17 años ingreso a un Instituto de informática en donde tuvo una relación tormentosa, con un muchacho mayor que ella, llegándola incluso a agredir físicamente y a coaccionarla si no estaba con él y en algunos casos a que se faltase a clases y a beber alcohol.

Posteriormente postulo a la universidad Alas Peruanas, ingresando a la carrera de Medicina; la cual no inicio por presión de su padre quien le propuso estudiar Banca y Finanzas diciéndole que tendría más oportunidad de trabajo en la empresa Backus específicamente, en donde ingresaría al finalizar la carrera.

Actualmente a la edad de 21 años, se encuentra cursando el 3er año de la carrera de Banca y Finanzas en la UNSA, la cual refiere no le agrada y los cursos los “pasa por pasar, con notas bajas”, teniendo siempre dificultades. Actualmente presenta una relación de 3 años al cual considera que es un buen muchacho y que lo quiere mucho.

d. Desarrollo y función sexual

La paciente durante la niñez no tuvo problemas en cuanto a la identificación sexual. Ella tuvo su primer enamorado a la edad de 14 años, el cual ella lo considera fue una experiencia inocente y más de amigos; a la edad de 16 años tuvo su segunda pareja con la que actualmente sale, con él tuvo su primera relación coital, menciona que siempre se protegieron, lo describe como una persona muy

pasiva, clamada y tranquila, es por esto que a la edad de 18 años tuvo una tercera pareja en su instituto de informática, la que describe como más varonil, agresivo y fuerte, lo cual le llamo más la atención dejando así a su otra pareja, con él también tuvo relaciones coitales, pero menciona que él era más agresivo y que en ocasiones hasta la golpeaba. Dejo de salir con el pasado un año aproximadamente cuando se enteró que tenía una pareja y una hija de 2 años. Regresando con su anterior pareja con la que actualmente mantienen 3 años de relación.

e. Recreación y pasatiempos

Dentro de sus pasatiempos se encuentra la lectura y salir con su enamorado; no le agrada pasar mucho tiempo con sus amistades ya que se siente observada y señalada. La mayor parte del tiempo la pasa mirando televisión, escuchando música y en sus redes sociales, en ocasiones pasa tiempo con su hermano menor.

f. Religión

Pertenece a la religión católica, asistió a un grupo parroquial, pero lo dejo porque no tenía tiempo por la universidad.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. Composición familiar

Su familia está compuesta por padre, madre y 3 hermanos, dos hermanos menores varones; la paciente es la mayor de los tres. Ambos padres tienen educación secundaria completa, con ciertos estudios superiores técnicos. La paciente depende económicamente de ellos puesto que aun estudia. Ella guarda cierto resentimiento hacia su madre por no apoyarla y no escucharla pero mantiene una buena relación con el padre.

2. Dinámica familiar

Los padres de la paciente al inicio de su relación no mantuvieron una relación armoniosa, su padre golpeaba a su madre y no quería trabajar; actualmente ambos

trabajan y su relación ha mejorado. La comunicación con sus hermanos no es muy buena ya que la madre no permite que les diga nada ni les llame la atención.

3. Condición socioeconómica

La paciente se encuentra ubicada en una clase social media, vive en una casa de dos pisos, con todos los servicios básicos (agua, luz, cable) ella actualmente depende de los ingresos económicos de sus padres.

4. Antecedentes familiares patológicos

La paciente manifiesta que su padre cuando era niña tomaba alcohol dos veces por semana a veces despreocupándose de sus obligaciones paternas.

VI. RESUMEN

La Paciente es la mayor de tres hermanos, durante el embarazo su madre no presento complicaciones, el parto se realizó de forma natural, al término de la gestación. Respecto a su desarrollo neuromuscular, psicomotriz y de lenguaje fueron adecuados. Desde pequeña siempre estuvo al cuidado de su abuela materna y sus tías, ya que su madre trabajaba todo el día y su padre no asumía su responsabilidad del todo. A la edad de 8 años se da un incidente en el que su madre la empezó a ahorcar por lo que su padre tuvo que intervenir rompiendo la chapa de la puerta del cuarto donde se encontraban por los gritos y la pedida de auxilio de su hija. Finalizando la secundaria comenta que comenzó a comer excesivamente y vomitándolo después sin que sus padres se dieran cuenta. Nunca tuvo la aprobación, ni la aceptación de su madre en las actividades que hacía, llegándole a decir que ella es el motivo de sus problemas y que mejor la hubiera abortado. A la edad de diecisiete años ingreso al Instituto de Informática, en donde conoció a Marcos su segundo enamorado, el cual la agredía física y psicológicamente, para poder finalizar esta relación su padre tuvo que intervenir yendo a buscarla a diario al instituto; comenta que no podía dejarlo porque sentía pena y dependía de él.

A los 18 años ingreso a la UNSA a la carrera de Banca y Seguros, ingresando por presión de sus padres, ya que ella quería la carrera de enfermería.

Actualmente tiene una relación sentimental de pareja permanente, vive con sus padres y depende económicamente de ellos ya que se encuentra cursando el 3er año de universidad, la cual refiere “no le agrada la carrera y los cursos los pasa por pasar”, con notas bajas, teniendo siempre dificultades. En la actualidad sus problemas de estado de ánimo y físico se han acrecentado y esto es algo que le preocupa demasiado.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE AFILIACIÓN

Nombres y apellidos	: Brenda D.C.
Edad	: 21 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 19 – 01 - 1996
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Secundaria completa
Estado civil	: Soltera
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católica
Informante	: Brenda D.C. (paciente)
Fechas de evaluación	: 08 – 11- 2017
Lugar de evaluación	: Centro de Salud Mate Pumacahua
Evaluador	: Nadia Varani Villanueva Junco

II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Paciente de 21 años de edad, aparenta la edad que refiere, es de contextura delgada, mide 1.60 cm. Es de tez trigueña de ojos y cabello negro, su aseo y arreglo personal es adecuado. Su postura es recta, su marcha es adecuadamente coordinada. En cuanto a su expresión facial refleja tristeza, presenta un tono de voz bajo, se observa secuencia lógica en el curso de su conversación, mostrando un tiempo de reacción rápida. La actitud frente a la evaluadora es respetuosa, se muestra amistosa y colaboradora durante la entrevista.

III. ATENCIÓN CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

La paciente, presenta un adecuado nivel de atención durante la entrevista, la cual no se encuentra alterada, ya que responde adecuadamente todas las preguntas que se le formularon, en cuanto a su conciencia se mostró lúcida y con un adecuado estado de alerta, capaz de mantener el curso de la conversación, se ubica en el tiempo y espacio, se

reconoce a sí misma y reconoce su esquema e imagen corporal; su orientación en las tres esferas (espacio, tiempo y persona) son adecuados.

IV. PENSAMIENTO

El contenido del pensamiento de la paciente se caracteriza por ideas de preocupación y tristeza porque se siente presionada a seguir estudiando una carrera que no le agrada, por su bajo peso por los pocos alimentos que ingiere y su problema de estreñimiento; a la vez las situaciones de conflicto constantes que tiene con su madre. Muestra una adecuada asociación entre ideas con sentido lógico y coherente, en cuanto a la velocidad de su pensamiento se observó normalidad.

V. LENGUAJE

En cuanto al lenguaje comprensivo, fue adecuado ya que entendía correctamente lo que se le decía. Respecto al lenguaje expresivo es óptimo, es fluido y entendible; por otro lado mantiene un tono de voz bajo con coherencia en su dialogo. Diante la evaluación no se ha registrado el uso de jergas no groserías a excepción cuando manifestaba textualmente algunos de los insultos de su madre.

VI. MEMORIA

La memoria remota de la paciente no presenta alteraciones referentes al recuerdo y evocación ya que puede recordar hechos autobiográficos con mucha claridad como su historia personal, nombres, familiares y su escolaridad. En cuanto a la memoria reciente se encuentra conservada ya que evoca y narra adecuadamente el desarrollo del tratamiento y hechos o cosas que le haya sucedido durante el momento y el día.

VII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

La paciente se ubica en tiempo lugar y espacio, o presenta alteraciones en la memoria remota o reciente, puede realizar operaciones aritméticas, presenta capacidad de

pensamiento abstracto adecuado. No presenta dificultades para razonar, comprender ni emitir juicios.

VIII. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTO

Al momento de la evaluación la paciente se muestra lábil emocionalmente puesto que rompe en llanto al recordar los incidentes que atravesó con su madre y reclama el por qué nunca le prestó atención, ni se interesó en ella. Muestra sentimientos de temor, tristeza e inseguridad. Así mismo muestra cierto rechazo a los pocos acercamientos que tiene su madre, ya que refiere que se siente extraña.

IX. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA ENFERMEDAD

La paciente es consciente de su situación actual y reconoce que su bajo peso y su delgadez pueden haber contribuido a su estreñimiento, pero aún se cuestiona el porqué del constante rechazo de su madre.

X. RESUMEN

Paciente de 21 años de edad, aparente la edad que refiere, es de contextura delgada, mide 1.60 cm. Es de tez trigueña de ojos y cabello negro, su aseo y arreglo personal es adecuado. Su postura es recta, su marcha es adecuadamente coordinada. Presenta alteraciones en sus hábitos alimenticios por sus problemas de estreñimiento, sus funciones psíquicas superiores tales como atención, lenguaje, y memoria se encuentran conservados. Su percepción se encuadra un tanto distorsionada debido a que percibe su entorno de manera negativa y considera en cierta forma que el mundo está en su contra por eso es desconfiada, lo cual crea pensamientos inadecuados y conductas destructivas así como ideas de preocupación y tristeza lo cual expresa en conductas y expresiones verbales inadecuadas o incorrectas. La actitud frente a la evaluadora es respetuosa, se muestra amistosa y colaboradora durante la entrevista.

INFORME PSICOMETRICO

I. DATOS DE AFILIACIÓN

Nombres y apellidos	: Brenda D.C.
Edad	: 21 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 19 – 01 - 1996
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Secundaria completa
Estado civil	: Soltera
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católica
Informante	: Brenda D.C. (paciente)
Fechas de evaluación	: 22 – 11- 2017 01 – 11 - 2017
Lugar de evaluación	: Centro de Salud Mate Pumacahua
Evaluador	: Nadia Varani Villanueva Junco

II. OBSERVACIONES GENERALES

Durante la evaluación el tono de voz de la paciente fue bajo mientras que su pronunciación fue clara, ella mostro una actitud amistosa, positiva y de colaboración tanto a la examinadora como a la realización de las pruebas, contestando las preguntas que se le formularon de manera adecuada y utilizando el tiempo necesario para la ejecución de cada prueba.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Inventario de autoestima – Coopersmith
- Inventario multiaxial de Millón II
- Test proyectivo de Karen Machover
- Escala de autoevaluación de depresión zung

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Inventario de autoestima – Coopersmith

a. Análisis cuantitativo

AREA	Laboral	Si mismo	Social	Hogar
PUNTAJE	1	1	1	1

b. Análisis cualitativo

La paciente muestra niveles bajos de autoestima, reflejando sentimientos adversos hacia sí misma, no se siente importante, muestra inestabilidad y contradicciones. Mantiene constantemente actitudes negativas hacia sí misma. Refleja también cualidades y habilidades negativas hacia las relaciones íntimas familiares, tornándose irritable, impaciente y expresando un auto desprecio y resentimiento.

2. Inventario Multiaxial de Millón II

a. Análisis cuantitativo

De acuerdo a los resultados, la prueba no carece de ningún tipo de indicador de invalidez de la misma.

Escala de Validez				PUNTAJE FINAL	
V	Validez	0	=	Válido	
X	Sinceridad	536	=	Válido	95 X
Y	Deseabilidad Social	8	=		35 Y
Z	Autodescalificación	35	=		100 Z

En patrones clínicos de personalidad podemos observar puntuaciones altas en la patología de esquizoide, evitativo, pasivo-agresivo y autoderrotista.

		PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES					PUNTAJE	
Patrones clínicos de personalidad		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	FINAL	
1	Esquizoide	41	104	95							95	1
2	Evitativo	55	121	112		112					112	2
3	Dependiente	36	87	78							78	3
4	Histriónico	27	66	57							57	4
5	Narcisita	25	45	36							36	5
6A	Antisocial	29	66	57							57	6A
6B	Agresivo-sádico	31	72	63							63	6B
7	Compulsivo	29	47	38							38	7
8A	Pasivo-agresivo	45	96	87							87	8A
8B	Autoderrotista	64	121	112		112					112	8B

En patologías severas de personalidad, podemos observar, que alcanzo puntuaciones elevadas en la patología de esquizotípico y borderline.

Patología severa de personalidad												
S	Esquizotípico	47	116		112		105	105	103		103	S
C	Borderline	75	121		117	117	110	110	104		104	C
P	Paranoide	27	67		63			63	56		56	P

En síndromes clínicos, podemos observar que presenta una puntuación elevada en Distimia.

Síndromes clínicos												
A	Ansiedad	34	103	94			87	87	80		80	A
H	Somatoformo	34	74	65			58	58	53		53	H
N	Bipolar	21	57	48							48	N
D	Distimia	60	115	106			99	99	94		94	D
B	Dependencia de alcohol	26	60	51							51	B
T	Dependencia de drogas	29	61	52							52	T

En síndromes severos encontramos una puntuación moderada en Depresión mayor

Síndromes severos												
SS	Desorden del pensamiento	33	83		79				79	79		SS
CC	Depresión mayor	43	83		79				79	79		CC
PP	Desorden delusional	14	60		56				56	56		PP

b. Análisis cualitativo

La paciente presenta patologías de la personalidad de tipo esquizoide, carece de capacidad para experimentar los eventos de la vida como agradables, nunca menciona ningún momento de disfrute con su familia, pese a que durante la evaluación se conoció reunidas y salidas con estos. Presenta un patrón evitativo y autoderrotista, se evidencia un desapego por las situaciones que atraviesa, por una parte; y por otra ha aprendido que sentir bienestar, seguridad, confianza está casi exclusivamente en relación con otros.

En cuanto a las patologías severas de la personalidad, de tipo esquizotípico, representando una orientación cognitivamente disfuncional y mal adaptativa. Prefiere el aislamiento social con vínculos y obligaciones personales mínimos. En cuanto a la patología borderline presenta un esfuerzo para evitar un abandono real o imaginario. Presenta relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. Presenta

cierta alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. Con algunos sentimientos crónicos de vacío. Presentando dificultades para controlar la ira así como su mal genio.

En cuanto a los síndromes clínicos el más resaltante es la distimia refiriéndose a tener una baja autoestima y una falta de productividad dentro de sus actividades universitarias. Se siente triste y deprimida, con falta de energía, dificultades para concentrarse y para tomar decisiones; teniendo una falta de apetito y problemas del sueño. Mientras que en los síndromes severos presenta una depresión mayor; ha pasado por periodos de dos o más años de sentimiento de desánimo o culpabilidad, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios desvalorativos.

3. Escala de autoevaluación de ansiedad y depresión zung

a. Análisis cualitativo

Puntaje directo	70
Nivel	Depresión intensa

b. Análisis cuantitativo

La evaluación alcanzó un nivel de depresión intensa, caracterizado por episodios de tristeza y dependencia, siendo incapaz de considerarse así misma como la principal fuente de bienestar para sí misma.

4. Test proyectivo de Karen Machover

La paciente manifiesta rasgos depresivos, un tanto paranoides, es desconfiada, dependiente. Presenta indicadores de agresividad reprimida y dependencia; es susceptible a la crítica.

V. RESUMEN

Brenda presenta niveles bajos de autoestima, reflejando sentimientos adversos hacia sí misma, no se siente importante, muestra inestabilidad y contradicciones. Mantiene constantemente actitudes negativas hacia sí misma. Refleja también cualidades y

habilidades negativas hacia las relaciones íntimas familiares, tornándose irritable, impaciente y expresando un auto desprecio y resentimiento.

Presenta rasgos patológicos de la personalidad de tipo esquizoide, careciendo de la capacidad para experimentar los eventos de la vida como agradables, no menciona momentos de disfrute con su familia. Presentando también un patrón evitativo y auto derrotista, evidencia un desapego por las situaciones que atraviesa, por una parte; y por otra ha aprendido que sentir bienestar, seguridad, confianza está casi exclusivamente en relación con otras personas, en este caso con su actual pareja. En cuanto a la patología borderline presenta un esfuerzo para evitar un abandono real o imaginario. Presenta cierta alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo inculpada y persistentemente inestable. Con algunos sentimientos crónicos de vacío. Presentando dificultades para controlar la ira así como su mal genio.

En cuanto a las manifestaciones clínicas la más resaltante es la distimia refiriéndose a tener una baja autoestima y una falta de productividad dentro de sus actividades universitarias. Se siente triste y deprimida, con falta de energía, dificultades para concentrarse y para tomar decisiones; teniendo una falta de apetito y problemas del sueño.

Presenta indicadores de agresividad reprimida y dependencia; es susceptible a la crítica. Pasando por periodos de dos o más años de sentimiento de desánimo o culpabilidad, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios desvalorativos; teniendo rasgos depresivo.

*Bachiller en Psicología
Nadia V. Villanueva Junco*

INFORME PSICOLOGICO

I. DATOS DE AFILIACIÓN

Nombres y apellidos	: Brenda D.C.
Edad	: 21 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 19 – 01 - 1996
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Tercero de Universidad - Banca y Finanzas
Estado civil	: Soltera
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católica
Informante	: La misma Paciente
Fechas de evaluación	: 13 de octubre – 02 de diciembre
Lugar de evaluación	: Centro de Salud
Evaluador	: Nadia Varani Villanueva Junco

II. MOTIVO DE CONSULTA

Brenda, estudiante universitaria de 21 años, acude a consulta refiriendo estar padeciendo de un estado de ánimo bajo y apático desde hace aproximadamente un año y medio, y se suma también la tristeza por los problemas de comunicación con su mamá, con quien comenta no llevarse del todo bien y esto ha afectado su salud tanto anímica como físicamente, ya que ha perdido peso y le han surgido problemas digestivos que le preocupan.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- **Observación**
- **Entrevista**
- **Pruebas psicométricas**
 - Inventario de autoestima – Coopersmith
 - Inventario multiaxial de Millón II
 - Test proyectivo de Karen Machover
 - Escala de autoevaluación de depresión zung

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La Paciente es la mayor de tres hermanos, durante el embarazo su madre no presentó complicaciones, el parto se realizó de forma natural, al término de la gestación. Respecto a su desarrollo neuromuscular, psicomotriz y de lenguaje fueron adecuados. Desde pequeña siempre estuvo al cuidado de su abuela materna y sus tías, ya que su madre trabajaba todo el día y su padre no asumía su responsabilidad del todo. A la edad de 8 años se da un incidente en el que su madre la empezó a ahorcar por lo que su padre tuvo que intervenir rompiendo la chapa de la puerta del cuarto donde se encontraban por los gritos y la pedida de auxilio de su hija. Finalizando la secundaria comenta que comenzó a comer excesivamente y vomitándolo después sin que sus padres se dieran cuenta. Nunca tuvo la aprobación, ni la aceptación de su madre en las actividades que hacía, llegándole a decir que ella es el motivo de sus problemas y que mejor la hubiera abortado. A la edad de diecisiete años ingreso al Instituto de Informática, en donde conoció a Marcos su segundo enamorado, el cual la agredía física y psicológicamente, para poder finalizar esta relación su padre tuvo que intervenir yendo a buscarla a diario al instituto; comenta que no podía dejarlo porque sentía pena y dependía de él.

A los 18 años ingreso a la UNSA a la carrera de Banca y Seguros, ingresando por presión de sus padres, ya que ella quería la carrera de enfermería.

Actualmente tiene una relación de sentimental de pareja permanente, vive con sus padres y depende económicamente de ellos ya que se encuentra cursando el 3er año de universidad, la cual refiere “no le agrada la carrera y los cursos los pasa por pasar”, con notas bajas, teniendo siempre dificultades. En la actualidad sus problemas de estado de ánimo y físico se han acrecentado y esto es algo que le preocupa demasiado.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Paciente de 21 años de edad, aparente la edad que refiere, es de contextura delgada, mide 1.60 cm. Es de tez trigueña de ojos y cabello negro, su aseo y arreglo personal es adecuado. Su postura es recta, su marcha es adecuadamente coordinada. Presenta alteraciones en sus hábitos alimenticios por sus problemas de estreñimiento, sus funciones psíquicas superiores tales como atención, lenguaje, y memoria se encuentran conservados. Su percepción se encuadra un tanto distorsionada debido a que percibe su entorno de manera negativa y considera en cierta forma que el mundo está en su contra por eso es

desconfiada, lo cual crea pensamientos inadecuados y conductas destructivas así como ideas de preocupación y tristeza lo cual expresa en conductas y expresiones verbales inadecuadas o incorrectas. La actitud frente a la evaluadora es respetuosa, se muestra amistosa y colaboradora durante la entrevista.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Brenda presenta niveles bajos de autoestima, reflejando sentimientos adversos hacia sí misma, no se siente importante, muestra inestabilidad y contradicciones. Mantiene constantemente actitudes negativas hacia sí misma. Refleja también cualidades y habilidades negativas hacia las relaciones íntimas familiares, tornándose irritable, impaciente y expresando un auto desprecio y resentimiento.

Presenta rasgos patológicos de la personalidad de tipo esquizoide, careciendo de la capacidad para experimentar los eventos de la vida como agradables, no menciona momentos de disfrute con su familia. Presentando también un patrón evitativo y auto derrotista, evidencia un desapego por las situaciones que atraviesa, por una parte; y por otra ha aprendido que sentir bienestar, seguridad, confianza está casi exclusivamente en relación con otras personas, en este caso con su actual pareja. En cuanto a la patología borderline presenta un esfuerzo para evitar un abandono real o imaginario. Presenta cierta alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo inculpada y persistentemente inestable. Con algunos sentimientos crónicos de vacío. Presentando dificultades para controlar la ira así como su mal genio.

En cuanto a las manifestaciones clínicas la más resaltante es la distimia refiriéndose a tener una baja autoestima y una falta de productividad dentro de sus actividades universitarias. Se siente triste y deprimida, con falta de energía, dificultades para concentrarse y para tomar decisiones; teniendo una falta de apetito y problemas del sueño.

Presenta indicadores de agresividad reprimida y dependencia; es susceptible a la crítica. Pasando por periodos de dos o más años de sentimiento de desánimo o culpabilidad, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios desvalorativos; teniendo rasgos depresivos

VII. DIAGNOSTICO

En relación a su personalidad la paciente presenta niveles bajos de autoestima, reflejando sentimientos adversos hacia sí misma, no se siente importante, muestra inestabilidad y contradicciones en su forma de actuar. Presenta cierta alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. Carece de capacidad para experimentar los eventos de la vida, aun siendo agradables. Presenta también un patrón evitativo y autoderrotista, Presenta cierta alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. Con algunos sentimientos crónicos de vacío. Presentando dificultades para controlar la ira así como su mal genio. Ha pasado por periodos de dos o más años con sentimiento de desánimo o culpabilidad, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios desvalorativos.

Los síntomas que presenta la ubican en un episodio Depresivo Leve F320 crónico

VIII. PRONOSTICO

Favorable, ya que presenta deseos de superación y persistencia a continuar con la terapia y mejorar su estado de estado de ánimo, a la vez presenta el apoyo de sus padres para poder superar los conflictos existentes.

IX. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia individual
- Orientación y consejería familiar

*Bachiller en psicología
Nadia V. Villanueva Junco*

PLAN PSICOTERAPEUTICO

I. DATOS DE AFILIACIÓN

Nombres y apellidos	: Brenda D.C.
Edad	: 21 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 19 – 01 - 1996
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Tercero de Universidad - Banca y Finanzas
Estado civil	: Soltera
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católica
Informante	: La misma Paciente
Fechas de evaluación	: 13 de octubre – 02 de diciembre
Lugar de evaluación	: Centro de Salud
Evaluador	: Nadia Varani Villanueva Junco

II. DIAGNOSTICO

En relación a su personalidad la paciente presenta niveles bajos de autoestima, reflejando sentimientos adversos hacia sí misma, no se siente importante, muestra inestabilidad y contradicciones en su forma de actuar. Presenta cierta alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. Carece de capacidad para experimentar los eventos de la vida, aun siendo agradables. Presenta también un patrón evitativo y autoderrotista, Presenta cierta alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. Con algunos sentimientos crónicos de vacío. Presentando dificultades para controlar la ira así como su mal genio. Ha pasado por periodos de dos o más años con sentimiento de desánimo o culpabilidad, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios desvalorativos.

Los síntomas que presenta la ubican en un episodio Depresivo Leve F320 crónico

III. OBJETIVO PSICOTERAPÉUTICO

Modificar las cogniciones des adaptativas que le producen emociones y conductas contraproducentes a su contexto social, familiar y académico.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incrementar y afianzar su estabilidad emocional, reduciendo sus niveles de irritabilidad
- Incrementar su autoestima, la seguridad en sí misma y en los demás
- Incrementar sus habilidades sociales e interpersonales, desarrollando sentimientos positivos a nivel familiar y social.
- Mejorar la comunicación dentro de la familia, afianzando la relación entre la paciente y su madre.

V. TÉCNICAS

- Psicoterapia individual para mejorar su autoconcepto y autonomía
- Terapia racional emotiva
- Orientación y consejería familiar

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Se propone una sesión semanal el primer mes hasta cumplir las seis sesiones y notar la reducción de la sintomatología motivo de consulta. Tales sesiones tendrán una duración de 35 y 45 min en horario acordado entre las partes.

VII. AVANCES PSICOTERAPÉUTICOS

- La paciente pueda relajarse ante situaciones que le generan estrés.
- Brenda presenta mayor confianza en sí misma y en los demás.
- Ha reducido sus niveles de irritabilidad y de esta forma a mejorado paulatinamente su estado de ánimo.
- Ha incrementado sus habilidades sociales e interpersonales desarrollando sentimientos positivos hacia la interacción familiar.

VIII. RECOMENDACIONES

- Mantener los avances psicoterapéuticos

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

SESIÓN 1

“RELAJACION”

OBJETIVO

Enseñar a la paciente a relajarse por medio de ejercicios en los que tensen y relajen en forma alternativa sus distintos grupos musculares.

TIEMPO

30 minutos

DESARROLLO

1. Se cierra con fuerza la mano derecha y se aguanta contando despacio y mentalmente hasta 5. A continuación abrir la mano con fuerza lo máximo posible. Contando hasta 5. Se repite el ejercicio 3 veces. Finalmente se deja la mano relajada. El ejercicio se repite igual con la mano izquierda. A continuación se relajan los pies de la misma manera. Se intenta cerrar al máximo los dedos del pie derecho contando hasta 5, seguidamente se abren con fuerza lo máximo posible. Se repite el ejercicio 3 veces. Finalmente se deja descansar el pie, el ejercicio se repite igual con el pie izquierdo.
2. Relajar el cuello. La paciente se encuentra sentada, sin forzar y de manera muy suave (sin hacerse daño), mueve el cuello y la cabeza de derecha a izquierda 5 veces, como si fuera el péndulo de un reloj, a razón de 1 vez por segundo, igual, pero adelante y atrás, igual, dando vueltas con la cabeza en círculos, 5 veces muy suave.
3. Rellenar un círculo:
 - Dibujar en una hoja un círculo pequeño, de tamaño de una moneda de céntimo.
 - Rellenarla de puntos durante un minuto, alternando un punto fuerte y un punto débil.
4. Ejercicios de respiración: la paciente está sentada o de pie. Le decimos “llena los pulmones de aire despacio, contando mentalmente hasta 5”. Cuando haya contado hasta 5, le decimos: “ahora aguanta el aire en los pulmones, contando mentalmente hasta 5, notarás la presión del aire”. Suelta el aire despacio, contando mentalmente hasta 5. Se repite este ejercicio 3 veces.
5. Observa e imagina

Escoger un objeto muy simple, por ejemplo un clip, indicamos que debe observarlo durante 10 min aproximadamente. A continuación debe cerrar los ojos e imaginarlo en la mente durante 10 segundos.

6. Los ejercicios los trabajaremos antes de cada sesión

TRABAJO PARA LA CASA

- Traer una libreta
- Escribir su autobiografía

SESIÓN 2

“RECONOCIENDO MIS FORTALEZAS”

OBJETIVO

Que la paciente reconozca en ella sus fortalezas sin poner en primer lugar sus debilidades.

TIEMPO

45 minutos

MATERIALES

- Un cuaderno (diario de pensamiento)
- Lapiceros y/o lápices

DESARROLLO

- Se inicia la sesión con un ejercicio de relajación antes ya mencionado.

En una libreta de trabajo la paciente realizará tres listas: en una recopila los elogios que recuerdes que te hayan dicho otras personas a lo largo de tu vida; en otra enumera las capacidades y fortalezas que tú consideras que posees, y en un tercer listado enumera cosas que te hagan sentirte orgulloso de ti mismo (logros, actitudes ante alguna situación, etc.)

Ejemplo:

Elogios Recibidos:

- “Eres muy divertido”
- “Se te dan bien los niños”
- “Dibujas muy bien”..etc

Mis Fortalezas:

- Soy paciente.
- Sé escuchar a los demás.
- Soy respetuoso con las opiniones de otros.
- Soy generoso..etc

Estoy orgulloso de:

- -Cómo afronté y superé una enfermedad grave que tuve.
- -Haber ayudado y apoyado a un amigo cuando pasó un mal momento.
- - Haberme sacado el carnet de conducir a la primera... etc

Puede que en un principio le cueste recordar situaciones, elogios, etc. Tomaremos un tiempo. Se aconseja ir rellenándolo poco a poco durante al menos una semana.

Una vez tengas el listado reflexiona:

- **En los elogios recibidos** ¿Cuánto te crees cada elogio? (enumera del 1 al 10: 1 no me lo creo y 10 creerlo completamente) Si no has puntuado todos los elogios recibidos con un 10 piensa: ¿qué pasaría si los creyeras todos 100%? ¿Qué cambiaría en tu actitud o en tu concepto de ti mismo?
- **En cuanto a tus fortalezas** ¿qué dicen de ti mismo? ¿Qué habilidades y recursos crees que hay detrás de cada fortaleza? ¿Hay otras fortalezas o valores que te gustaría fomentar?
- **En cuanto a las cosas de las que estás orgulloso:** ¿Qué dicen de ti mismo? ¿qué valores y qué habilidades hay detrás de cada una?

Haz un resumen de tus habilidades, recursos y valores y ponlo en algún lugar en el que puedas verlo asiduamente.

TRABAJO PARA LA CASA

- En nuestro cuaderno de trabajo (diario de pensamiento) escribiremos nuestros pensamientos positivos o negativos más resaltantes que nos ocurra durante los días antes de la próxima sesión. Los cuales reflexionaremos uno a uno.

SESIÓN 3

“DISTORSIONES COGNITIVAS”

OBJETIVO

Que la paciente reconozca y modifique de manera progresiva las distorsiones cognitivas que se pueden presentar en el curso de su pensamiento.

TIEMPO

45 minutos

MATERIALES

- Un cuaderno de trabajo (diario de pensamiento)
- Lapiceros y/o lápices

DESARROLLO

En primer lugar se repasará lo explicado en la sesión anterior para ver si lo recuerdan y que al mismo tiempo sirva para refrescar la memoria.

Se revisará si se ha realizado la tarea encomendada, si ha tenido problemas para realizarla, y que le ha parecido. Felicitación por haber realizado la tarea.

- Se realizara un ejercicio de relajación
- En esta sesión se trabajarán las distorsiones cognitivas, explicando que son y como afectan a nuestra autoestima, para así, poder ver que distorsiones nos están afectando en nuestra autoestima y como cambiarlas. Para trabajar las distorsiones, nos ayudaremos con el diario de pensamientos que se ha ido realizando a lo largo de la semana.
- Posteriormente, tendremos que cambiar esos pensamientos negativos que aparecen en el autoconcepto por otros positivos y reales, un ejemplo sería:

- “No sirvo para nada, todo lo hago mal”

Para muchas cosas sí que sirvo, como dibujar, estudiar, hacer pasteles...

- En esta sesión también se realizará una técnica de relajación. Esta relajación les ayudará a tomar decisiones libres del estrés que les pueda causar el recordar estos pensamientos. Se utilizará la técnica de relajación
- Para finalizar se realizará una rueda de piropos. Es una técnica que te hace sentir bien al ver que tienes cosas bonitas y buenas que los demás ven en ti.

TAREAS PARA CASA:

- Autoafirmación positiva frente al espejo: Consiste en que se valla mirando al espejo de vez en cuando y se diga a sí misma
 - Que guapa soy → Cuanto me quiero...
- Continuar con el cuaderno de trabajo (diario de pensamiento)

SESIÓN 4

“APRENDIENDO A SER SERTIVOS”

OBJETIVO

Que la paciente conozca el significado de la asertividad, como poder dominarla y como el ser asertivos nos ayuda a mejorar nuestra autoestima, a relacionarnos con los demás y a enfrentarnos a nuestros problemas diarios de forma más efectiva y satisfactoria.

TIEMPO

45 minutos

MATERIALES

- Un cuaderno de trabajo (diario de pensamiento)
- Lapiceros y/o lápices

DESARROLLO

- En primer lugar se repasará lo que vimos en la sesión anterior para refrescar la memoria y conocer que han asimilado, y se preguntará por la realización de la tarea para casa y como se han sentido realizándola.
- Felicitación por el cumplimiento de las tareas.
- Se realizara un ejercicio de relajación
- Seguidamente se les explicará que en esta sesión y en la siguiente se va a trabajar principalmente la asertividad, explicando que es. Se verán las ventajas y desventajas que tiene el comportarnos con y sin asertividad, explicando cada uno de los modelos asertivos, los cuales tendrán que identificar después en un vídeo que se visualizará en la sesión.
- Posteriormente se le pasará un cuestionario para que conozcan cómo es su asertividad y que aspectos son los que tienen que trabajar, los resultados se trabajarán durante la sesión para que conozca cómo enfrentarse a las situaciones problemáticas con las que se suele encontrar y como resolver los problemas. (Test de asertividad de R. Lázarus)

TAREAS PARA CASA:

- Anotar en el cuaderno de trabajo las situaciones cotidianas que nos encontremos a lo largo de la semana en las que veamos que no hemos sido asertivos:

Quien es la persona implicada, cuando acostumbra a pasar, que hay que resolver como se afronta normalmente, temores a mostrar una conducta asertiva.

- Trabajar la sonrisa, intentar sonreír ante todo.

SESIÓN 5

“Situaciones problemáticas”

OBJETIVO

Lograr que la paciente pueda identificar situaciones problemáticas, aquellas que resulten difíciles de afrontar y pueda encontrar soluciones a los problemas que atraviesa.

TIEMPO

35 a 45 minutos

MATERIALES

- Un cuaderno de trabajo (diario de pensamiento)
- Lapiceros y/o lápices

DESARROLLO

Luego de haber descrito las situaciones y sentimientos problemáticos en nuestro “diario de pensamiento”

A manera de ejemplo se expone algún caso ajeno a la participante, después de ello la participante debe exponer el suyo, posteriormente se realizan ensayos de conducta para que consiga habilidades y estrategias para saber cómo enfrentar situaciones difíciles.

Inmediatamente se le indicara a la paciente que esta técnica consta de cinco etapas.

- **Orientación general hacia el problema:** Mostrar a la paciente que todos, en nuestra vida, atravesamos situaciones más o menos difíciles; sin embargo no centramos nuestra atención en tratar de resolverlos. En esta etapa enseñamos a percibir correctamente y concretamente el problema, valorándolo en su justa medida. (esfuerzo y tiempo)
- **Definición clara del problema:**
 - Recoger información acerca del problema
 - Cambiar lo conceptos vagos o ambiguos quitando interpretaciones no verificadas
 - Organizar la información; ¿qué es lo que sucede? ¿Qué es lo que le gustaría que sucediera? ¿Qué cambios desea?
 - Diferenciar la magnitud del problema
- **Generación de soluciones alternativas**

Mediante una lluvia de ideas nos indique las soluciones que se le ocurran ante el problema que ella expresa.
- **Toma de decisiones:** al tener las posibles soluciones planteadas por la paciente indicaremos

que deberá evaluar ¿Qué ventajas obtiene con cada una? ¿Qué inconvenientes tiene cada una de las alternativas?

- **Puesta en práctica y verificación de la solución.**

Indicaremos a la paciente que se sitúe en el momento en que dará solución a su problema ¿le parece la solución más adecuada?

Descripción de la situación	¿he evitado esta situación alguna vez?	¿Por qué?	¿Qué me produce?

Definición del problema	Alternativas de solución	Valores de alternativas		Lo has solucionado
		Ventajas	Inconvenientes	
1.	1.	a.	a.	
		b.	b.	
		c.	c.	
2.	2.	a.	a.	
		b.	b.	
		c.	c.	

SESIÓN 6

“Descarga en objetos neutros”

OBJETIVO

Lograr expresar la ira y enojo reprimido

TIEMPO

35 a 45 minutos

DESARROLLO

Se iniciará explicándole a la paciente la finalidad de la sesión que será la liberación de la ira reprimida que en ocasiones le afecta. A continuación, se le entregará un cojín con un palo y se le indicará que va a golpear a ese cojín las veces que desee, hasta que se sienta completamente liberada de ese enojo. Se realiza una valoración de sesiones, recordando que es lo que pensaba y sentía mientras realizaba la descarga en el objeto neutro.

- Al finalizar se realizará un ejercicio de relajación

INVENTARIO DE AUTOESTIMA ORIGINAL FORMA ADULTOS - COOPERSMITH

Hoja de Respuestas

Nombre : BRENDA Sexo : (F) M
Ocupación : ESTUDIANTE Edad : 20
Fecha de Nacimiento : 19-01-1996 Fecha de Aplicación:
Examinador : NADIA VILLANUEVA

- | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|----|------------------------------------|------------------------------------|----|------------------------------------|------------------------------------|
| 1 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F | 9 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F | 17 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F |
| 2 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F | 10 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F | 18 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F |
| 3 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F | 11 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F | 19 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F |
| 4 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F | 12 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F | 20 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F |
| 5 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F | 13 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F | 21 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F |
| 6 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F | 14 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F | 22 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F |
| 7 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F | 15 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F | 23 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F |
| 8 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F | 16 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F | 24 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F |
| | | | | | | 25 | <input checked="" type="radio"/> V | <input checked="" type="radio"/> F |

AREA: L SM SOC H
PUNTAJE: 1 1 1 1

OBSERVACIONES

la paciente al momento de marcar sus respuestas, lo hizo sin
dudar y rápidamente

		PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES					PUNTAJE	
Patrones clínicos de personalidad		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	FINAL	
1	Esquizoide	41	104	95							95	1
2	Evitativo	55	121	112		112					112	2
3	Dependiente	36	87	78							78	3
4	Histriónico	27	66	57							57	4
5	Narcisista	25	45	36							36	5
6A	Antisocial	29	66	57							57	6A
6B	Agresivo-sádico	31	72	63							63	6B
7	Compulsivo	29	47	38							38	7
8A	Pasivo-agresivo	45	96	87							87	8A
8B	Autoderrotista	64	121	112		112					112	8B

Patología severa de personalidad												
S	Esquizotípico	47	116		112		105	105	103		103	S
C	Borderline	75	121		117	117	110	110	104		104	C
P	Paranoide	27	67		63			63	56		56	P

Síndromes clínicos												
A	Ansiedad	34	103	94			87	87	80		80	A
H	Somatoformo	34	74	65			58	58	53		53	H
N	Bipolar	21	57	48							48	N
D	Distimia	60	115	106			99	99	94		94	D
B	Dependencia de alcohol	26	60	51							51	B
T	Dependencia de drogas	29	61	52							52	T

Síndromes severos												
SS	Desorden del pensamiento	33	83		79					79	79	SS
CC	Depresión mayor	43	83		79					79	79	CC
PP	Desorden delusional	14	60		56					56	56	PP

Escala de Validez											PUNTAJE	
V	Validez	0	=	Válido							FINAL	
X	Sinceridad	536	=	Válido							95	X
Y	Deseabilidad Social	8	=								35	Y
Z	Autodescalificación	35	=								100	Z

BRENDA, 20 AÑOS



Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

NOMBRES: Brenda D.C. Edad: 20 Sexo: F Religión: Católica

Grado: _____ Sección: _____ Fecha: ____/____/____ Fecha de nacimiento: 19/01/96

Dirección: _____ Teléfono: _____

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

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.				X	4
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.		X			3
3	Tengo ganas de llorar o irumpo en llanto.				X	4
4	Duermo mal.				X	4
5	Tengo tanto apetito como antes.	X				4
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.				X	1
7	Noto que estoy perdiendo peso.				X	4
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.				X	4
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.				X	4
10	Me canso sin motivo.				X	4
11	Tengo la mente tan clara como antes.	X				4
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	X				4
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.				X	4
14	Tengo esperanza en el futuro.		X			3
15	Estoy mas irritable que antes.		X			2
16	Me es fácil tomar decisiones.	X				4
17	Me siento útil y necesario.	X				4
18	Me satisface mi vida actual.	X				4
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.	X				1
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.	X				4
TOTAL DE PUNTOS						70