

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



**“CORRELACION ENTRE HABILIDADES SOCIALES Y DEPENDENCIA  
EMOCIONAL EN ESTUDIANTES DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR  
TECNOLÓGICO PRIVADO MARIA MONTESSORI”**

Tesis presentada por las bachilleres:

**BAUTISTA VIVANCO, MILAGROS  
YHASSLEYT**

**KJURO SIVINCHA, MONICA**

Para optar el Título Profesional de  
Psicólogas

Asesora: MARTHA CARPIO SORIA

AREQUIPA – PERÚ

2017

## DEDICATORIA

*A Dios.*

*Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.*

*A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.*

*Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos*

***Monica Kjuro Sivincha***

*Dedico esta tesis a mis padres que siempre me apoyaron incondicionalmente en la parte moral y económica para poder llegar a ser un profesional de éxito.*

*A mis hermanos y demás familia en general por el apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de cada año de mi carrera universitaria.*

*A mi compañera de trabajo y a todas las personas que se involucraron para que finalmente logre una meta más en este largo trayecto de la vida.*

***Milagros Yhassleyt Bautista Vivanco***

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestra alma mater Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa por lo brindado en nuestro desarrollo pre-profesional.

A todas las personas que han llevado a cabo la resolución de los cuestionarios en el Instituto de Educación Superior Tecnológico Privado María Montessori.

A nuestro asesor, por la orientación y ayuda que nos brindó para la realización de esta tesis, por su apoyo y amistad que nos permitió aprender mucho más.

## **PRESENTACIÓN**

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE  
AREQUIPA

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

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO

Presentamos a vuestra consideración el trabajo de tesis titulado: "HABILIDADES SOCIALES Y DEPENDENCIA EMOCIONAL EN ESTUDIANTES DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR TECNOLÓGICO PRIVADO MARIA MONTESSORI" con el cual pretendemos obtener el título profesional de Psicólogas.

Esperamos que el presente trabajo de investigación, cumpla con las expectativas deseadas y a su vez sirva de orientación a futuros investigadores interesados en el conocimiento y comprensión del presente tema.

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
PRESENTACIÓN.....	iii
ÍNDICE .....	iv
ÍNDICE DE TABLAS .....	v
RESUMEN .....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN .....	ix

### **CAPITULO I:**

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
1.2. OBJETIVOS .....	3
1.3. HIPÓTESIS .....	3
1.4. JUSTIFICACIÓN .....	3
1.5. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN .....	5
1.6. LIMITACIONES DE ESTUDIO.....	8
1.7. DEFINICIÓN DE TERMINOS .....	9
1.8. VARIABLES E INDICADORES.....	10

### **CAPITULO II**

#### REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. HABILIDADES SOCIALES .....	11
2.1.1. Aspectos generales de las Habilidades Sociales.....	11
2.1.2. Definición de Habilidades Sociales.....	12
2.1.3. Modelos teóricos de las Habilidades Sociales .....	15
2.1.4. Desarrollo de las Habilidades Sociales .....	19
2.1.5. Factores de las Habilidades Sociales .....	22
2.1.6. Prevalencia del problema en jóvenes y adultos.....	23
2.1.7. Importancia de las Habilidades Sociales .....	24
2.2. DEPENDENCIA EMOCIONAL .....	25
2.2.1. Definición de Dependencia Emocional.....	25
2.2.2. Aproximaciones del término .....	27
2.2.3. Diferenciaciones con términos afines .....	29

2.2.4. Causas de la Dependencia Emocional .....	34
2.2.5. Características de la dependencia emocional .....	37
2.3. HABILIDADES SOCIALES Y DEPENDENCIA EMOCIONAL .....	43

### **CAPITULO III**

#### **METODOLOGÍA**

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	45
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	45
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	45
3.4. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS .....	46

### **CAPITULO IV**

4.1. RESULTADOS.....	52
----------------------	----

#### **DISCUSIÓN**

#### **CONCLUSIONES**

#### **RECOMENDACIONES**

#### **REFERENCIAS**

#### **ANEXOS**

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1.....	53
Tabla N° 2.....	54
Tabla N° 3.....	55
Tabla N° 4.....	56
Tabla N° 5.....	57
Tabla N° 6.....	58
Tabla N° 7.....	59
Tabla N° 8.....	60
Tabla N° 9.....	61
Tabla N° 10.....	62
Tabla N° 11.....	63
Tabla N° 12.....	64
Tabla N° 13.....	65
Tabla N° 14.....	66
Tabla N° 15.....	67
Tabla N° 16.....	68

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad estudiar si existía relación entre Habilidades sociales y Dependencia emocional en estudiantes del Instituto de Educación Superior Tecnológico Privado María Montessori, para lo cual se realizó un estudio de diseño no experimental transversal. Se evaluó a un total de 324 estudiantes de ambos sexos. Los datos se obtuvieron utilizando la Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero González (2000) y el Cuestionario de Dependencia emocional elaborado por Jesús Aiquipa Tello (2012) Llevándose a cabo el análisis de ítems y se establecieron la validez, confiabilidad y baremos de ambos instrumentos.

Los resultados, en relación tanto a las Habilidades sociales (50%) y dependencia emocional (52,5%) ubicándose ambos en un nivel bajo.

Además existe una correlación inversamente proporcional entre Habilidades Sociales y Dependencia Emocional lo que nos indica que a mayor nivel de Habilidades Sociales se asocia con un bajo nivel de Dependencia emocional.

**Palabras Claves:** Niveles de Habilidades Sociales, Niveles de Dependencia Emocional



## **ABSTRACT**

The purpose of this research work was to study if there was a relationship between social skills and emotional dependence in students of María Montessori Private Technological Institute of Higher Education, for which a transversal non-experimental design study was carried out. A total of 324 students of both sexes were evaluated. The data were obtained using the Social Skills Scale of Elena Gismero González (2000) and the Emotional Dependency Questionnaire prepared by Jesús Aiquipa Tello (2012). The analysis of items was carried out and the validity, reliability and scales of both instruments were established. .

The results, in relation both to Social Skills (50%) and emotional dependence (52.5%), both of them being at a low level.

In addition, there is an inversely proportional correlation between Social Skills and Emotional Dependence, which indicates that a higher level of Social Skills is associated with a low level of Emotional Dependence.

**Key Words:** Levels of Social Skills, Levels of Emotional Dependence

## INTRODUCCIÓN

Durante toda la vida el hombre vive un proceso continuo de desarrollo y aprendizaje en que se va dando una constante interacción entre su programación genética y su medio ambiente. Hidalgo y Abarca (1999). El hombre es un animal social, pero con un mayor protagonismo de lo social sobre lo animal, hasta el punto de que cada vez va siendo menos animal y en la medida en que es más animal es también menos social, es decir, menos hombre. El ser humano necesita vivir en sociedad y relacionarse con ella; así requiere de familia, de amigos, de pareja, de conocidos o simplemente necesita comunicarse con alguien. Esa necesidad del ser humano de relacionarse con otros es lo que da lugar, a la existencia de nuestra sociedad, con sus virtudes y sus defectos. Cuanto más efectiva sea esta relación con los demás, mayor armonía y bienestar existirá entre sus integrantes.

Las habilidades sociales o de relación interpersonal son muy importantes porque están presentes en todos los ámbitos de nuestra vida. Son conductas concretas, de complejidad variable, que nos permiten sentirnos competentes en diferentes ambientes, contextos y escenarios, así como obtener una gratificación social. Hacer nuevos amigos y mantener nuestras amistades a largo plazo, expresar a otros nuestras necesidades, compartir nuestras experiencias y empatizar con las vivencias de los demás, defender nuestros intereses, etc. son sólo ejemplos de la importancia de estas habilidades. Por el contrario, sentirse incompetente socialmente nos puede llevar a una situación de aislamiento social y sufrimiento psicológico, difícil de manejar. Todas las personas necesitamos crecer en un entorno socialmente estimulante, pues el crecimiento personal, en todos los ámbitos, necesita de la posibilidad de compartir, de ser y estar con los demás (familia, amigos, compañeros de clase, colegas de trabajo, etc.).

Existen numerosas habilidades sociales, algunas de ellas muy primordiales y que son aprendidas a edades muy tempranas (fórmulas de cortesía como saludar, dar las gracias o pedir las cosas por favor), hasta otras

habilidades mucho más complejas exigidas en el complejo mundo de los adultos -saber decir que no, negociar, ponerse en el lugar del otro, formular una queja sin molestar, etc.- (Goldstein, 1980).

Uno de los factores importantes que llama la atención es que muchos hombres y mujeres entablan una sucesión de relaciones de pareja tormentosas y desequilibradas, prácticamente desde el principio es decir podemos establecerlas en la adolescencia o principio de la adultez, relaciones basadas en la sumisión y subordinación, con individuos idealizados y sobrevalorados , donde la prioridad de uno es el otro, por encima de uno mismo , y así comienza un círculo vicioso y una necesidad afectiva intensa por estar con la pareja para ello se recurre a cualquier acto, lo que en muchos casos se torna perjudicial, en especial en uno de los miembros, por esto la dependencia emocional se convierte en la principal y tal vez la única razón de ser de esa relación disfuncional.

Esta investigación presenta un paradigma cuantitativo, el tipo de investigación es descriptivo correlacional; porque nos permite recoger datos en un mismo momento, debido a que indagaremos la incidencia y estaremos determinados el grado de relación que existe entre las variables.

La presente tesis se divide en cuatro capítulos; el primer capítulo presenta los planteamientos previos que guían las metas de la investigación, en el segundo capítulo tenemos la revisión de la literatura relacionada con las variables del estudio, el tercer capítulo despliega el marco metodológico de la investigación y en el cuarto capítulo tenemos los resultados en cuadros y gráficos con sus respectivas interpretaciones. Finalmente exponemos la discusión, conclusiones y recomendaciones de la investigación. A la vez esperamos que los conocimientos aportados sean de utilidad para investigadores interesados en el tema.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE ESTUDIO**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las relaciones sociales, son parte fundamental de la vida de cualquier ser humano. Al ser seres sociales, las personas requieren en buena medida, crear conexiones que les unan a otros seres humanos para sentirse plenos, es decir, la socialización es un proceso necesario para el desarrollo de las personas, mediante el cual, la persona adquiere normas, conocimientos, valores, etc., y permite a la persona formar parte de una comunidad de manera que siga progresando y mejorando (García, 2010).

El interés por el estudio de las habilidades sociales ha aumentado en forma significativa, debido probablemente a que esta variable es importante para contar con una adecuada relación intra e interpersonal con nuestro entorno e influyen en la toma de nuestras decisiones; como bien se sabe es importante lograr desenvolverse de manera óptima en el medio en que uno interactúa cotidianamente, gracias a esta interacción las personas podrán afrontar situaciones difíciles expresándose adecuadamente, siempre y cuando uno tenga la capacidad para hacerlo (García, 2005).

Muchos autores coinciden de que las habilidades sociales promueven el desarrollo de factores de protección comunes a diversos problemas psicosociales y que facilitan a los estudiantes la tarea de enfrentar con éxito las exigencias, demandas y desafíos de la vida diaria (Bermejo, 2010); además maximizan la resistencia a la influencia social negativa, mantienen la integridad y el sentido de dominio. Los jóvenes actuales sufren de mayores problemas emocionales (aislamiento, insatisfacción o dependencia) y también de las enfermedades más comunes del siglo XXI, como la ansiedad o la depresión. Todas las patologías vienen derivadas de un malestar del sujeto, de un yo interno inestable que se explota en las convicciones sociales, en una necesidad constante de cariño y en la importancia del reflejo hacía los demás. Individuos

con miedo a la introspección que determinan a los otros como su fuente de gozo y de ser. . El sentirse querido, deseado, mimado, preocupado por otro ser, no sólo es una función básica social, sino que representa una gran cuestión existencial en nuestras vidas. Sin embargo, el deseo a veces se transforma en una sensación demasiado dolorosa, apática y destructiva, transformando una acción racional y positiva en una emanación de sentimientos negativos y patología.

Por desgracia algunas veces esta necesidad de relacionarse y conservar una conexión con alguien, se convierte en una dependencia emocional que no permite funcionar, actuar o sentirse bien, a menos que esté alguien con nosotros el mayor tiempo posible, desencadenando episodios de depresión, ansiedad, actitudes irracionales, entre otros. La dependencia emocional es un problema tan frecuente como desconocido, y no sólo entre la población, sino también entre algunos profesionales e indican que la dependencia emocional tiene efectos negativos tanto en hombres como en mujeres y están asociados a problemas como la permisividad, aceptación de la violencia en las relaciones interpersonales, suicidios en los adolescentes, evidenciando deficientes habilidades sociales en la resolución de conflictos, así como para realizar adecuados procesos de separación (Agurendo y Gomez, 2010) y muchos comienzan una relación de noviazgo para no sentirse solos, otros lo inician porque se sienten presionados por sus amigas(os) y en ocasiones es la presión por tener a alguien, ya sea para no sentirse sola o por quedar bien con la sociedad que incentiva a que un adolescente establezca una relación sentimental.

Por lo expuesto anteriormente el problema de la siguiente investigación queda enunciado con la siguiente interrogante: *¿Existe correlación entre los niveles de habilidades sociales con los niveles de dependencia emocional en estudiantes del Instituto de Educación Superior Tecnológico Privado María Montessori?*

## **1.2. OBJETIVOS**

### **A. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la correlación entre habilidades sociales y dependencia emocional en los estudiantes del “Instituto de Educación Superior Tecnológico Privado María Montessori”.

### **B. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Conocer los niveles de Habilidades Sociales en los estudiantes del “Instituto de Educación Superior Tecnológico Privado María Montessori”.
- Conocer los niveles de Dependencia Emocional en los estudiantes del “Instituto de Educación Superior Tecnológico Privado María Montessori”.
- Correlacionar los niveles de Habilidades Sociales con los niveles de Dependencia Emocional en los estudiantes del “Instituto de Educación Superior Tecnológico Privado María Montessori”.

## **1.3. HIPÓTESIS**

Existe correlación significativa entre los niveles de Dependencia Emocional y los niveles de Habilidades Sociales en los estudiantes del “Instituto de Educación Superior Tecnológico Privado María Montessori”.

## **1.4. JUSTIFICACIÓN**

Un componente básico de la naturaleza humana es la necesidad de establecer lazos o vínculos emocionales estrechos con otras personas, lo cual refleja el deseo de estar emocionalmente relacionado e involucrado de manera interpersonal en relaciones cálidas (Reeve, 2003).

Desde los primeros años de vida, el ser humano tiende a establecer estos lazos o vínculos emocionales íntimos con adultos significativos (Heredia,

2005). La tendencia a satisfacer el primer vínculo de este orden se denomina apego o vínculo de apego y su propósito es promover el sentimiento de seguridad emocional en los niños, que se manifiestan a través de conductas de protección-cuidado y/o afecto-cariño. Tales comportamientos de búsqueda de esa proximidad son llamados conductas de apego (Bowlby, 1989,1999).

En la medida que el sujeto se va desarrollando en los ámbitos físicos y psicológicos podrá acceder a otras formas de satisfacer esa necesidad de vinculación. De esta manera, las relaciones que se formaran con las próximas figuras no suponen protección o afecto incondicional como las que establece el niño con el adulto; sin embargo, esto ocurre en la medida que el sujeto haya tenido un desarrollo normal y satisfacción de ese tipo de necesidad, pues de lo contrario, ya como adulto es probable que adopte niveles muy elevados de dicho rasgo, tornándose disfuncional y expresándose a través de conductas de búsqueda desesperada de otra persona que le proporcione protección y/o afecto. Es decir, se configura una dependencia relacional o interpersonal. Por tales motivos; las habilidades sociales reciben hoy en día, una importancia capital debido a las exigencias sociales y la complejidad en el que se desenvuelven los seres humanos.

El desarrollo y el logro de las habilidades sociales facilitan la integración social a experiencias de convivencia significativas. Tanto en la familia, en la escuela, en el trabajo y en todo ámbito en el que la persona se vea inmersa, el logro de un repertorio amplio de habilidades sociales facilitaran y optimizaran su integración y desarrollo personal. En muchas ocasiones los déficit en las habilidades sociales pueden conllevar la presencia de trastornos psicopatológicos en la vida adulta, aunque desde lo planteado por León Rubio y Medina Anzano (1998) no se descarta la posición de que los déficit en las habilidades sociales pueden ser tanto una causa, efecto o concurrentes en la aparición de un trastorno psicológico.

La investigación planteada tiene carácter preventivo, va a permitir conocer acerca de la correlación existente entre el nivel de Habilidades Sociales y Dependencia Emocional, para así poder implementar e incentivar

programas de intervención psicosocial en la población, conllevando a la búsqueda de nuevos recursos o aportes prácticos a la hora de abordar el tema.

### **1.5. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

En la escuela profesional de psicología de la Universidad Nacional de San Agustín no existe una investigación igual a la presente, sin embargo se han encontrado investigaciones en las que analizan las variables en estudio Habilidades Sociales y Dependencia Emocional por separado y en diferentes muestras, pudiendo mencionar las siguientes:

- En el año 2002 Luque Ruiz de Somocurso realizó la investigación titulada “Habilidades Sociales en la educación peruana”, un estudio comparativo entre el quinto grado de educación secundaria tradicional del colegio “Manuel Muños Najar” y el primer año de bachillerato del colegio Nacional Independencia Americana”, en la cual se llegaron a las siguientes conclusiones:
  - El desarrollo de las relaciones interpersonales, la responsabilidad y la empatía están más desarrollados en los alumnos del sistema de bachillerato frente a los alumnos del quinto año de educación secundaria.
- En el 2003, Jesús Herrera de Amat presentó un estudio realizado en estudiantes de Psicología de la UNSA Arequipa 2002 sobre “Habilidades Sociales y dinámica familiar”
  - En la presente investigación se ha encontrado una escasa correlación entre las Habilidades Sociales y la dinámica familiar, lo que conlleva a pensar que la Habilidades Sociales a pesar de estar relacionadas con la dinámica familiar, esta no es determinante, sino son otros factores los que tienen mayor incidencia en el desarrollo de las habilidades sociales, para el caso de estudiantes de la escuela profesional de psicología.
  - Los estudiantes de la escuela de psicología de ambos sexos muestran diferencias significativas en relación al nivel de habilidades sociales,



encontrándose mayores habilidades en la expresión de enfado y disconformidad, decir no y cortar interacciones en el grupo femenino.

- Las habilidades sociales que menos se han desarrollado en los estudiantes de psicología son: la Autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.
- En otro estudio Tower y Cols. (1974) citados por Hidalgo y Abarca, tratando de establecer la prevalencia de la dificultad social en una muestra de 223 estudiantes en la Universidad de Oxford. Encontraron que los estudiantes presentaban las mayores dificultades en acercarse a otros, ir a bailar a discotecas, en iniciar conversaciones, ir a fiestas y conversar con desconocidos. Es así como los autores afirman la relevancia que tiene el problema de las habilidades sociales en los adolescentes y adultos jóvenes.

Estos trabajos demuestran que este es un problema latente en nuestra sociedad, el problema reside en un incorrecto o limitado aprendizaje de las habilidades sociales adecuadas. Ciertamente es que los ambientes y contextos son cada vez más complejos, los códigos de relación más abstractos y las situaciones más dispares, lo que exige mostrar a las personas un mayor repertorio de habilidades sociales y un grado mayor de sofisticación en las mismas.

Cubas. (2004) realizó un programa de intervención para mujeres que presentaban dependencia afectiva (en este estudio se utiliza tanto el término dependencia afectiva como emocional para referirse a lo mismo) denominado “Intervención Cognitiva – Conductual en un grupo de pacientes mujeres con dependencia afectiva”. Esta investigación tuvo como objetivo crear un programa para dichas mujeres en el Hospital Hermilio Valdizán y evaluar que tan efectivo era.

Asimismo, se quería conocer cuáles eran las ideas que tenían estas mujeres como base para interpretar los acontecimientos y cuáles eran sus estilos de personalidad para mejorar así las estrategias de intervención. La

muestra estuvo compuesta por 7 mujeres de entre 29 a 45 años de edad con dependencia emocional que se caracterizaban por: mantener su relación de pareja a pesar del malestar que les generaba, necesidad de su pareja que crece con el tiempo, necesidad de aprobación de la misma, miedo a la soledad y deterioro de la calidad de vida. Aunque en el estudio no precisan como arribaron al diagnóstico, las características mencionadas coinciden con el mismo constructo. El programa se llevó a cabo en 8 sesiones (una semanal) de dos horas y media.

Como resultados se obtuvieron que: el programa tuvo efectos positivos pues se mejoró la asertividad y la autoestima de las participantes. De igual manera, se encontraron muchas creencias irracionales por lo que para romper con la dependencia se puede abordar una terapia cognitiva conductual. Entre ellas se encontraron 2 creencias que fueron más frecuentes: 1. “Es absolutamente necesario recibir el cariño y la aprobación de mis semejantes, familia y amigos” y 2. “Debo ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprendo”. Asimismo, se encontró que los rasgos más característicos de personalidad en éstas mujeres fueron: necesitan protección en situaciones amenazantes, aceptan pasivamente lo que ocurre, dan mayor importancia a las necesidades de los demás que a las propias, su pensamiento presenta distorsiones cognitivas pues adaptan la nueva información a los esquemas que ya tienen, son personas poco seguras de su valía, son comprometidas con sus relaciones, siguen lo tradicional o socialmente aceptado y se someten a la voluntad de los demás y actúan como ellos quieren. Todo esto es coherente con lo descrito por Castelló (2005) en su teoría de dependencia emocional.

Ayquipa (2012) también llevó a cabo un estudio relacionado a la dependencia emocional denominada “Diseño y Validación del inventario de Dependencia Emocional – IDE” en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El objetivo fue construir y validar un instrumento que reuniera las propiedades psicométricas adecuadas para medir la dependencia emocional utilizando la definición de Castelló. La muestra total estuvo conformada por 757 participantes de Lima, 398 mujeres y 359 hombres, de entre 18 a 55 años. La prueba, quedó conformada por 49 ítems.

Los resultados mostraron que el Inventario de Dependencia Emocional (IDE) tiene indicadores de confiabilidad y evidencias de validez de constructo adecuados.

Condori, Doris (2015) realizó la investigación titulada “Dependencia Emocional y Habilidades Sociales en estudiantes de una universidad particular de Villa el Salvador” en donde evaluó a un total de 347 estudiantes de ambos sexos y cuyas carreras profesionales fueron: Psicología, Administración de empresas, Contabilidad, Derecho e Ingeniería de Sistemas. Los datos se obtuvieron utilizando el Cuestionario de Dependencia emocional elaborado por Mari Antonia Lemos y Nora Elena Londoño (2006) y la Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero González (2000). Llevándose a cabo el análisis de ítems y se establecieron la validez, confiabilidad y baremos de ambos instrumentos. Los resultados, en relación a la Dependencia emocional, concluyeron que las categorías presentan proporciones diferenciadas, pudiéndose notar que predomina el nivel Moderado (22,9%), mientras que en Habilidades sociales prevalece un nivel deficiente (24,7%). Además existe una correlación de magnitud moderada, directa y altamente significativa ( $p < ,001$ ) entre la Dependencia emocional y Habilidades sociales en estudiantes universitarios del distrito de Villa El Salvador. Así mismo se halló que existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < ,001$ ;  $p < ,01$ ;  $p < ,05$ ) según género y carrera profesional para la variable Dependencia emocional, lo cual difiere de la variable Habilidades sociales en donde sólo se hallaron diferencias significativas según carreras profesionales.

## **1.6. LIMITACIONES DE ESTUDIO**

Entre las principales restricciones de este estudio es posible nombrar las siguientes:

Las investigaciones sobre habilidades sociales son muy amplias, dentro de las cuales no hay un consenso para medir la totalidad de las habilidades sociales. En el caso de nuestra investigación hemos considerado la “Escala de Habilidades Sociales” de Gismero (2000), que evalúa seis indicadores que en su conjunto no pueden medir la totalidad de habilidades sociales; sino un

segmento que para nosotras son las básicas; pero siempre va a existir un vacío en general.

Las pocas investigaciones encontradas están referidas al tema general de dependencia emocional, concepto utilizado con cierta frecuencia, pero que no ha sido claramente delimitado, escaso en la literatura científica y teniendo pocas referencias en revistas, congresos o libros especializados. No obstante eso no significa que no exista mención a ella desde ámbitos científicos y rigurosos.

En cuanto a las posibilidades de evaluación a los estudiantes se tuvo que coordinar con los docentes de turno para aplicar la prueba, encontrándose resistencia o falta de cooperación, por la interrupción en el desenvolvimiento académico.

## **1.7. DEFINICIÓN DE TERMINOS**

- a) Dependencia emocional: Es definida como la dimensión disfuncional de un rasgo de personalidad, que consiste en la necesidad extrema de orden afectiva que una persona siente hacia otra, su pareja, a lo largo de sus diferentes relaciones de pareja (Castello, 2000, 2005).
- b) Habilidades sociales: La conducta socialmente habilidosa es el conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás , que trae como consecuencia el auto-reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo extremo (Gismero Elena ;2000) .

## 1.8. VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	INSTRUMENTO	INDICADORES	DIMENSIONES	CALIFICACIÓN
Habilidades Sociales	Escala de Habilidades Sociales (EHS) Elena Gismero Gonzales	Autoexpresión en situaciones sociales	Bajo Promedio Alto	Escala Likert
		Defensa de los propios derechos como consumidor		
		Expresión de enfado o disconformidad		
		Decir no y cortar interacciones		
		Hacer peticiones		
		Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto		
Dependencia Emocional	Inventario de Dependencia Emocional (IDE) Jesús Aiquipa Tello	Miedo a la ruptura (MR)	Bajo Significativo Moderado Alto	Escala Likert
		Miedo e intolerancia a la soledad (MIS)		
		Prioridad a la pareja (PP)		
		Necesidad de acceso a la pareja (NAP)		
		Deseos de exclusividad (DEX)		
		Subordinación y sumisión (SS)		
		Deseos de control y dominio (DCD)		

## **CAPITULO II**

### **REVISION DE LA LITERATURA**

#### **2.1. HABILIDADES SOCIALES**

##### **2.1.1 ASPECTOS GENERALES DE LAS HABILIDADES SOCIALES**

Los seres humanos nacen equipados con un potencial genético y biológico de amplias posibilidades de desarrollo, pero con un repertorio conductual bastante limitado. Pocos seres vivos nacen tan desvalidos como el hombre y por lo mismo con tanta necesidad de cuidado y protección de otras personas para su subsistencia. Durante toda la vida el hombre vive un proceso continuo de desarrollo y aprendizaje en que se va dando una constante interacción entre su programación genética y su medio ambiente. Hidalgo y Abarca (1999). El hombre es un animal *social*, pero con un mayor protagonismo de lo social sobre lo animal, hasta el punto de que cada vez va siendo menos animal y en la medida en que es más animal es también menos social, es decir, menos hombre. El ser humano necesita en vivir de sociedad y relacionarse con ella; así requiere de familia, de amigos, de pareja, de conocidos o simplemente necesita comunicarse con alguien. Esa necesidad del ser humano de relacionarse con otros es lo que da lugar a la existencia de nuestra sociedad, con sus virtudes y sus defectos. Cuanto más efectiva sea esta relación con los demás, mayor armonía y bienestar existirá entre sus integrantes. De ahí que las relaciones del hombre con otras personas sea el origen de sus más profundas satisfacciones y también de sus más profundas desdichas. En consecuencia, si tan importantes son en el género humano la faceta social y las relaciones interpersonales, no debe extrañar a nadie que un objeto fundamental de las ciencias psicológicas y de la ciencias de la salud sea precisamente mejorar la capacidad del ser humano para desenvolverse con eficacia en su ambiente social, es decir, mejorar las llamadas habilidades o destrezas sociales Ovejero (1990).

### **2.1.2. DEFINICIÓN DE HABILIDADES SOCIALES**

Delimitar el concepto de habilidad social resulta complejo por su naturaleza multidimensional y su relación con otros conceptos afines. Es frecuente encontrar en la literatura especializada una proximidad del término con la denominada competencia social e interpersonal, la inteligencia social y las habilidades adaptativas, entre otros.

A continuación se citan algunas de las más relevantes:

Libet (1973), “la capacidad compleja de emitir conductas que son reforzadas positivas o negativamente y de no emitir conductas que son castigada o extinguidas por los demás”.

Rimm (1974), “la conducta interpersonal que implica la honesta y relativamente directa expresión de sentimientos”.

Wolpe (1977), “la expresión adecuada, dirigida a otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad”.

Alberti (1978), “la conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás”

Hargie Saunders y Dickson (1981), “un conjunto de conductas sociales dirigidas hacia un objetivo, interrelacionadas, que pueden aprenderse y que están bajo el control del individuo”

Linehan(1984), “la capacidad compleja de emitir conductas que optimicen la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia social no deseada, mientras que al mismo tiempo optimiza las ganancias y minimiza las pérdidas en relación con las otras personas y mantiene la propia integridad”

Según Caballo (1986), las habilidades sociales son un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación. Generalmente, posibilitan la resolución de problemas inmediatos y la disminución de problemas futuros en la medida que el individuo respeta las conductas de los otros.

Michelson y otros (1987) plantean que las habilidades sociales se adquieren a través del aprendizaje, por lo que la infancia es una etapa crítica para la enseñanza de éstas. Igualmente señala que su acrecentamiento está ligado al reforzamiento social. Precisamente, la práctica de las habilidades sociales está influida por las características del entorno; habilidades tales como pedir favores a otros niños, preguntar por qué a un adulto, tomar decisiones, son ejemplos en ese sentido.

Fernández Ballesteros (1994), ha señalado algunas características que presentan las habilidades sociales:

- a) Heterogeneidad, ya que el constructo habilidades sociales incluye una diversidad de comportamientos en distintas etapas evolutivas, en diversos niveles de funcionamientos y en todos los contextos en los que puede tener lugar la actividad humana.
- b) Naturaleza interactiva del comportamiento social, al tratarse de una conducta interdependiente ajustada a los comportamientos de los interlocutores en un contexto determinado. El comportamiento social aparece en una secuencia establecida y se realiza de un modo integrado.
- c) Especificidad situacional del comportamiento social, por lo que resulta imprescindible la consideración de los contextos socioculturales.

León Rubio y Medina Anzano, definen a la habilidad social como “la capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva” (1998). De este concepto se desprenden cuatro características centrales de las habilidades:



- a) Su carácter aprendido
- b) La complementariedad e interdependencia de otro sujeto
- c) La especificidad situacional
- d) La eficacia del comportamiento interpersonal.

Tanto León Rubio y Medina Anzano (1998) como Kelly (2002) remarcan la función que tienen las habilidades sociales para la resolución de situaciones interpersonales, lo que las torna necesarias para la adaptación al ambiente más próximo de la persona. Por su parte, al definir qué es una habilidad social es necesario considerar la etapa evolutiva que transita aquel que ejecuta dichas habilidades sociales, ya que las exigencias del ambiente no tienen la misma significación para un niño, un adolescente o un adulto.

Gismero (2000) “Conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el auto reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo”.

Por su parte, Kelly (2002) define a las habilidades sociales como un conjunto de conductas aprendidas, que emplean los individuos en las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente. Según este autor, esta definición presenta tres aspectos fundamentales:

- a) El hecho de que un comportamiento es socialmente hábil en la medida que implique consecuencias reforzantes del ambiente
  - b) Tener en cuenta las situaciones interpersonales en las que se expresan las habilidades sociales
  - c) La posibilidad de describir las habilidades sociales de modo objetivo.
- De este modo, Kelly (2002) sostiene que las habilidades sociales son medios que tiene un sujeto para alcanzar sus objetivos.

### **2.1.3. MODELOS TEÓRICOS DE LAS HABILIDADES SOCIALES**

Distintos modelos teóricos han definido y enfatizado diferentes aspectos de las habilidades sociales. No es nada fácil, en la abundante literatura sobre el tema, encontrar una definición única o que no caiga en serias discrepancias o ambigüedades. Esto se debe, según Riso (1988) citado por Hidalgo y Abarca (1999), a tres razones fundamentales: paradigmas conceptualizaciones teóricas diferentes, diversas dimensiones o rangos de conducta, y la efectividad de la conducta. En general, los modelos sobre las habilidades sociales presentan algunas características comunes, siendo sus diferencias el mayor o menor énfasis de determinadas variables.

#### **A. Modelo derivado de la Psicología Social: Teoría de Roles**

Fernández y Carroble (1981) citado por Hidalgo y Abarca (1999) Definen las habilidades sociales como la “capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente aquellos que provienen del comportamiento de los demás”. Complementa esta definición interaccional el concepto de rol en el sentido que las habilidades sociales “exigen la captación y aceptación del rol del otro y del otro generalizado y la comprensión de los elementos simbólicos asociados a sus reacciones, tanto verbales como no verbales”. En definitiva, se refiere el papel que juegan las expectativas dirigidas al propio rol y al rol de los otros.

#### **B. Modelo de Aprendizaje social**

Según el modelo de aprendizaje social, estas habilidades se aprenden a través de experiencias interpersonales directas o vicarias, y son mantenidas y/o modificadas por las consecuencias sociales de un determinado comportamiento. El refuerzo social tiene un valor informativo y de incentivo en las subsecuentes conductas sociales. El comportamiento de otros constituye una retroalimentación para la persona acerca de su propia conducta. Estas vertientes de aprendizaje, experiencia, modelaje e

instrucción, van generando las expectativas de autoeficacia en el ámbito interpersonal. Las expectativas de autoeficacia se refieren a la creencia respecto a si uno va a ser capaz de enfrentar una determinada situación. Estas expectativas permiten a la persona decidir si se involucra o no en una situación social (correr o no un riesgo social), si se mantiene en ella o no (si escapa, evita o enfrenta) y, si se reduce algún problema, cuanto perdurara en su esfuerzo (tolerancia al frustración). Esta teoría muestra la conjugación de los enfoques provenientes de la Psicología Social con las teorías Conductuales de Aprendizaje.

Se incluye en este enfoque el Modelo de Aprendizaje Social – Cognitivo, que ha demostrado como la conducta social esta mediada por diversos factores cognitivos, tales como expectativas, atribuciones, creencias, mecanismos de procesamiento de información, métodos de resolución de problemas, etc ., que mediatizan los procesos de interacción social. El énfasis de este modelo se encuentra en el entrenamiento en resolución de problemas, el cual postula que el desarrollo de las intervenciones clínicas y las estrategias de prevención deben centrarse en la facilitación de la competencia social. Al respecto D´Zurilla & Goldfried (1973) citado por Hidalgo y Abarca (1999) han insistido en la necesidad de incluir en los programas habilidades sociales, un entrenamiento en resolución de problemas.

### **C. Modelo Cognitivo**

Ladd & Mize (1983) citado por Hidalgo y Abarca (1999) definen las habilidades sociales como “la habilidad para organizar cogniciones y conductas en un curso integrado de acción dirigido hacia metas interpersonales o sociales que sean culturalmente aceptadas”. El autor plantea que para un funcionamiento social efectivo son necesarios tres cosas: conocer la meta apropiada para la interacción social, conocer las estrategias adecuadas para alcanzar el objetivo social y conocer el contexto en el cual una estrategia específica puede ser apropiadamente aplicada. También sostiene que no basta conocer las conductas, sino que es

necesario poder implementarlas, por lo cual enfatiza la importancia de ciertos factores comunicacionales y su relación con valores, mitos y normas culturales que determinan también que la persona lleve a cabo o no una determinada conducta.

Spivack & Shure (1974) citado por Hidalgo y Abarca (1999) plantean que las habilidades sociales están mediadas por procesos cognitivos internos que denominan habilidades socio-cognitivas. Estas se desarrollan a medida que el niño crece e interactúa en su medio ambiente. Dentro de las habilidades sociales socio-cognitivas se describen, en la literatura, distintas habilidades específicas. Las más estudiadas son las habilidades de resolución de problemas interpersonales, las características del estilo atribucional, tanto en relación a la causalidad de los hechos (locus de control) como a la atribución acerca de la intencionalidad de la conducta de lo demás y, por último, la habilidad denominada “toma de perspectiva”

#### **D. Modelo de Percepción social**

Argyle (1978) citado por Hidalgo y Abarca (1999) destaca en su modelo de habilidades sociales los procesos de selectividad de la información que cada persona realiza en la interacción social y la posterior interpretación (traducción) que hace de dicha información. Esta habilidad de “leer” el ambiente social, es decir de determinar las normas y convenciones particulares de ese contexto, entender los mensajes abiertos y encubiertos del otro, percibir las emociones y intenciones del o los interlocutores, etc. Es lo que se ha denominado percepción social.

Trower (1980) citado por Hidalgo y Abarca (1999) en esta misma línea afirma la importancia de ciertos “componentes de habilidades sociales”: gestos, sonrisas, tiempo de latencia en la respuesta, y el “proceso de interacción oscila” que se refiere a la habilidad individual para generar una conducta adecuada a las reglas y metas en respuesta a la retroalimentación social.

Como se puede observar, el constructo de habilidades sociales es multidimensional. Es así como diversos autores han destacado y enfatizado diferentes factores involucrados en este concepto. Una tarea por delante es determinar el peso relativo de estos diversos factores y cómo interactúan entre ellos.

### **E. Asertividad: Un modelo de la Psicología Clínica**

Desde el punto de vista de la Psicología Clínica, las relaciones interpersonales tienen una importancia central. Se ha utilizado una serie de conceptos para hacer referencia a estas habilidades sociales desde tiempos bastante anteriores a este enfoque de habilidades sociales. Se ha usado el concepto de asertividad, libertad emocional, autoafirmación, etc. Con diferentes matices todos estos conceptos apuntan a un gran conjunto de comportamientos interpersonales que se refieren a la capacidad social de expresar lo que se piensa, lo que se siente y las creencias, en forma adecuada al medio, en ausencia de ansiedad. Para ello se requieren naturalmente buenas estrategias comunicacionales y habilidades específicas.

De acuerdo a los autores Galassi & Galassi (1978) citado por Hidalgo y Abarca (1999), en la asertividad habría que considerar comportamientos interpersonales en determinadas áreas; personas particulares que tienen roles definidos y que definen diferentes reglas de comunicación y además contextos situacionales diversos. Siguiendo este enfoque, distinguen tres dimensiones en el concepto de asertividad.

**Dimensión conductual:** Se refiere específicamente a las áreas de comportamiento interpersonal.

- Defensa de los propios derechos
- rehusar peticiones
- dar y recibir cumplidos
- iniciar, mantener y finalizar una conversación
- expresión de afectos positivos

- expresión de afectos negativos
- expresión de opiniones personales incluyendo el desacuerdo

**Dimensión personal:** Esta segunda dimensión personal en la cual la situación interpersonal hace referencia a personas

- amigos y conocidos
- novia, esposa
- padres
- figuras de autoridad
- extraños
- relaciones profesionales

**Dimensión situacional:** Amplia gama de contextos y situaciones en que se da la interacción y el grupo sociocultural que define normas y valores; define el ambiente físico y contextual en que se da una relación.

- él cómo se relaciona con una novia es diferentes si esta solo o en un lugar publico
- un alumno con su profesor, podrá emitir ciertas conductas en una reunión social o deportiva que pueden ser inadecuadas en un aula.

#### **2.1.4. DESARROLLO DE LAS HABILIDADES SOCIALES**

##### **A. En el niño**

La familia, grupo social básico, donde se producen los primeros intercambios de conducta social y afectiva, valores y creencias, tiene una influencia muy decisiva en el comportamiento social. Los padres son los primeros modelos significativos de conducta social-afectiva y los hermanos constituyen el subsistema primario para aprender las relaciones con sus pares.

Por otro parte, los padres transmiten ciertas normas y valores respecto a la conducta social, ya sea a través de información, refuerzos

discriminativos, castigos y sanciones, comportamientos y modelaje de conductas interpersonales.

En los años preescolares, las habilidades sociales implican interacción con pares, las primeras manifestaciones pro-sociales, la exploración de reglas, la comprensión de emociones entre otros Lacunza y Contini (2009) citado por Betina y Contini (2011). La interacción con pares suelen ser más frecuentes y duraderas a partir de la actividad lúdica. El niño realiza una transición desde un juego solitario o en paralelo hacia otro más interactivo y cooperativo, donde la simbolización y el ejercicio de roles le permite la superación del egocentrismo infantil y la paulatina comprensión del mundo social.

La incorporación del niño al sistema escolar le permite y obliga a desarrollar ciertas habilidades sociales más complejas y extendidas. El niño debe adaptarse a otras exigencias sociales: diferentes contextos, nuevas reglas, y la necesidad de un espectro mucho más amplio de comportamiento social. Es un periodo crítico respecto a las habilidades ya que estas mayores exigencias pueden llevar al niño a presentar dificultades que antes no eran tan claramente detectadas (ya que pueden haber estado en concordancia con el sistema familiar) o pueden empezar a producirse problemas de ansiedad social y timidez.

## **B. En el adolescente**

La etapa de la adolescencia es un período crítico para la adquisición y práctica de habilidades sociales más complejas. Por un lado, los adolescentes han dejado los comportamientos sociales propios de la niñez puesto que adoptan comportamientos más críticos, desafiantes e independientes respecto a las normas sociales, y por otro lado, los adultos les exigen comportamientos sociales más elaborados Zavala Berbena, Valadez Sierra y Vargas Vivero (2008) citado por Betina y Contini (2011). Al comienzo de la adolescencia el joven ya tienen una autoconciencia de "objeto social" y se reconoce así mismo y a los demás como expuestos al

escrutinio público, quien enjuicia la competencia y adecuación social. Esta autoconciencia de sí mismo (yo social) parece ser un rasgo universal del entrenamiento de la socialización.

Zabala Berbena y otros (2008) citado por Betina y Contini (2011) sostienen que las habilidades sociales juegan un papel muy importante para la aceptación social del adolescente. La aceptación social es una condición personal de un sujeto respecto a un grupo de referencia; en el caso de los adolescentes, esta condición se relaciona con las habilidades de liderazgo, popularidad, compañerismo, jovialidad, respeto, entre otras.

Los adolescentes deben hacer amigos(as), aprender a conversar, participar en diferentes grupos de actividades extracurriculares, tener un grupo de iguales al que se sienta integrado e identificado y aprender comportamientos heterosexuales.

### **C. En el adulto**

Posteriormente, en la vida adulto, la persona requiere desarrollar habilidades para el trabajo, realización de tareas en equipo y habilidades interpersonales con su pareja.

En la vejez también se requieren destrezas específicas para enfrentar las problemáticas propias de esa etapa de la vida.

En definitiva la conducta social es un proceso de aprendizaje permanente a través de la vida. Su adecuación y competencia, están determinadas por la interacción permanente del sistema interpersonal, que debe ir adaptándose a las diferentes tareas y funciones del individuo, de la familia y de los roles sociales que cada uno debe cumplir en la vida



### **2.1.5. FACTORES DE LAS HABILIDADES SOCIALES**

Gismero G.E (2000) señala los siguientes factores de las Habilidades Sociales

#### **A. Factor I Autoexpresión en situaciones sociales**

Este factor refleja la capacidad de expresarse uno mismo de forma espontánea y sin ansiedad, en distintos tipos de situaciones sociales (entrevistas laborales, tiendas, lugares oficiales, en grupos y reuniones sociales).

#### **B. Factor II Defensa de los propios derechos como consumidor**

Refleja la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situación de consumo.

#### **C. Factor III Expresión de enfado o disconformidad**

Bajo este factor subyace la idea de evitar conflictos o confrontaciones con otras personas, consiste en la capacidad de expresar enfado o sentimientos negativos justificados y/o desacuerdo con otras personas.

#### **D. Factor IV Decir no cortar interacciones**

Refleja la habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener, así como el negarse a prestar algo cuando nos disgusta hacerlo. Se trata de un aspecto de la aserción en que lo crucial es poder decir "NO" a otras personas, y cortar las interacciones a corto o largo plazo que no se desean mantener por más tiempo.

## **E. Factor V Hacer peticiones**

Esta dimensión refleja la expresión de peticiones a otras personas de algo que deseamos, sea un amigo o en situaciones de consuno.

## **F. Factor VI Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto**

Se define por la habilidad para iniciar interacciones con el sexo opuesto y de poder hacer espontáneamente un cumplido, un halago, hablar con alguien que se resulta atractivo. En esta sesión se trata de intercambios positivos.

### **2.1.6. PREVALENCIA DEL PROBLEMA EN JÓVENES Y ADULTOS**

Hay algunas investigaciones que se han dedicado a estudiar la magnitud del déficit de habilidades sociales, delineando las áreas del problema y su distribución en los grupos de adolescentes y adultos.

El estudio de Postecus (1979), citado por Hidalgo y Abarca (1999), investigó los “problemas” de más de 700 jóvenes británicos “normales” de 15 años de edad; encontró que entre los problemas más citados estaban los de empleo, autoestima, adecuación social y logros académicos. La aceptación por el grupo de compañeros era uno de las principales preocupaciones de los adolescentes. Los problemas estaban claramente relacionados a un déficit en las habilidades sociales.

En otro estudio Bryant y Tower (1974), citado por Hidalgo y Abarca, trataron de establecer la prevalencia de la dificultad social en una muestra de 223 estudiantes en la Universidad de Oxford. Encontraron que los estudiantes presentaban mayores dificultades en acercarse a otros, ir a bailar a las discotecas, en las conversaciones, ir a fiestas y conversar con desconocidos. Es así como los autores afirman la relevancia que tiene el problema de las habilidades sociales en los adolescentes y adultos.

Además señalan que en la interacción diaria, lo que la persona hace tiene consecuencias en los demás, quienes a su vez extinguen, castigan o

refuerzan una conducta. Sin embargo un aspecto muy importante relacionado con el auto refuerzo es que la persona sea capaz de administrarse, ya que tanto su conducta como las consecuencias de ella constituyen información que retroalimenta a la persona.

Las personas con déficit en cuanto a sus habilidades sociales muchas veces realizan autoevaluaciones pobres y distorsionadas, de las cuales suelen tener niveles de exigencia muy elevados y perfeccionista con respecto a la conducta social efectiva.

### **2.1.7. IMPORTANCIA DE LAS HABILIDADES SOCIALES**

A lo largo de la vida del individuo la falta de habilidades sociales repercute de distintas maneras en las personas. Algunas veces presentan un rendimiento académico inferior que las personas con habilidades sociales adecuadas, presentan inhibición social, aislamiento, baja autoestima, ansiedad e inseguridad. Otras presentan problemas en el plano laboral. La vida familiar y de pareja se ve influida especialmente en la comunicación efectiva, expresión de sentimientos positivos y negativos, resolución de conflictos y negociaciones.

El aprendizaje o desarrollo de las habilidades sociales es un tema de gran interés para cualquiera de nosotros, ya que la mayor parte de nuestros problemas y satisfacciones tienen que ver con nuestras relaciones interpersonales. Por tanto, cualquier mejoría en esta aptitud tan importante supondrá un incremento de nuestro bienestar y de nuestra calidad de vida.

Dada la importancia que creemos que tienen las habilidades sociales para el discurrir de la vida diaria de los individuos en nuestra sociedad actual, nos parece que puede resultar útil para muchas personas el aprender más sobre el comportamiento social propio y de los demás, y, lo que es especialmente interesante, el saber que ese comportamiento se puede cambiar y conocer algunas formas para hacerlo.

## **2.2. DEPENDENCIA EMOCIONAL**

### **2.1.1. DEFINICIÓN DE DEPENDENCIA EMOCIONAL**

Desde tiempos muy remotos distintos filósofos, artistas y científicos hablaban de las características tanto positivas como negativas del amor, siendo muchas de las negativas las que se relacionan a lo que hoy se conoce como dependencia emocional (Yela, 2001 como se citó en Izquierdo & Gómez – Acosta, 2013). El primer filósofo que habló de estas características fue Platón (427 ac - 347 ac) quien afirmaba la existencia de un amor nocivo caracterizado por un amor posesivo en el cual las personas realizaban una especie de persecución del otro como un objeto que querían devorar (como se citó en Izquierdo & Gómez –Acosta, 2013). De igual forma, Immanuel Kant (1724-1804) hablaba del amor-pasión (egoísta) y lo definía como un conjunto de sensaciones imposibles de controlar para las personas que la sufrían (Clemente, Demonque, HansenLove & Kahn, 1997 como se citó en Izquierdo & Gómez –Acosta, 2013). Asimismo, según De La Cruz y Luviano (2013) el término “dependencia” procede del vocabulario jurídico medieval y antiguamente se usaba para distinguir la relación que había entre un vasallo y un señor.

En cuanto a las definiciones que encontramos tenemos la de Sangrador (1998) quien define la dependencia emocional como “Una necesidad patológica del otro y se explicaría por la inmadurez afectiva del individuo añadida a su satisfacción egocéntrica” (como se citó en Z. Sánchez, s.f).

Para Vargas (2007) la dependencia emocional: Es una actitud obsesiva y compulsiva hacia el control de otras personas y las relaciones, fruto de la propia inseguridad y es condición necesaria que el trastorno o la enfermedad de la otra persona sea crónica, pero llevando asociada la esperanza de que puede ser curada (como se citó en De La Cruz, Luviano & Gonzales, s.f).

Asimismo, Moral y Ruiz (2008) definen la dependencia emocional como: Un patrón crónico de demandas afectivas frustradas sobre una persona que intenta satisfacer mediante relaciones interpersonales de apego patológico donde se presentan características como posesividad, desgaste energético, incapacidad para romper ataduras, voracidad de cariño, amor 12 y sentimientos negativos (como se citó en De La Cruz & Luviano, 2013).

Según Hirschfeld, Klerman, Chodoff, Korchin y Barrett (1976): La dependencia interpersonal puede ser definida, de forma amplia, como la forma característica con la que una persona se relaciona con los demás, e incluiría pensamientos, creencias, sentimientos y comportamientos que giran alrededor de la necesidad de interactuar y confiar en la valoración de otras personas. Específicamente, suele concebirse como la sobre-dependencia en una relación interpersonal importante, lo que afectaría tanto a la visión de uno mismo como al tipo de relaciones que se mantienen con los demás (como se citó en Valor - Segura, Expósito & Moya, 2009).

Finalmente para Castelló (2005) la dependencia emocional se define como "(...) la necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones". La necesidad se considera el núcleo del problema por lo que en un continuo de los sentimientos de las relaciones afectivas, en medio se encontraría el amor y el deseo de estar con la otra persona, y en uno de los extremos la necesidad. Con extrema se refiere a que los sentimientos de querer estar con la otra persona son exagerados. Con afectivo se refiere a que dicha necesidad extrema es únicamente de tipo emocional (sin explicaciones de otro tipo). Si bien Castelló (2005) propone una teoría completa para la dependencia emocional, el aspecto más importante que resalta dentro de ella son las características del dependiente a comparación de una persona que mantiene relaciones de pareja normales (J. Castelló, comunicación personal, 05 de mayo, 2015).

## **2.2.2. APROXIMACIONES DEL TÉRMINO**

Existe escasa literatura científica que nos brinde información sobre la dependencia emocional. Este constructo no se encuentra dentro de los manuales de clasificación (DSM-IV, CIE10) ya que no es formalmente considerado como un trastorno (Castelló, 2005; Sirvent & Moral, 2008). De igual forma, si bien existe literatura de autoayuda respecto al tema, esta es poco rigurosa o profunda y utiliza términos que no corresponden con dicha patología, generando así mayor confusión (Castelló, 2005).

A pesar de ello, con el transcurso de los años, Castelló (2005) afirma que se han desarrollado tres aproximaciones en el ámbito científico a fin de entender dicho constructo:

- **Primera aproximación**

Castelló (2005) afirma que la dependencia emocional y la violencia doméstica son constructos que se relacionan. Así, distintos estudios como los de Miller (2002) y Bergman y colaboradores (1998) han demostrado que algunas mujeres, debido a la dependencia emocional, manifiestan seguir queriendo a sus parejas a pesar del maltrato psicológico y físico y retiran las denuncias realizadas o retoman la relación. Igualmente, estudios como los de Barnett, Martinez y Bluesteinr (1995) y Murphy, Meye y O'Leary (1994) han demostrado que la pareja maltratadora presenta también una dependencia emocional lo cual que es la clave para entender conductas de celos patológicos y sentimientos de posesión (como se citó en Castelló, 2005).

- **Segunda aproximación**

Esta aproximación tiene que ver con lo planteado por Heathers (1995) respecto a la distinción entre la dependencia instrumental y la emocional. La primera se caracteriza por una incapacidad para tomar

decisiones, falta de seguridad y autonomía y por la búsqueda de apoyo del entorno social. La segunda se caracteriza por una gran demanda afectiva hacia la pareja, temor a la soledad, aislamiento del entorno social para dedicarse a la pareja y aferramiento (como se citó en Castelló, 2005). Igualmente, según Bartholomew y Larsen (1992) ambos tipos de dependencia se relacionan con la teoría del apego: La dependencia instrumental con el apego de tipo evitativo temeroso y la emocional con el apego “preocupado”. Ambos se encuentran dentro del tipo de apego ansioso (como se citó en Castelló, 2005).

- **Tercera aproximación**

Castelló (2005) afirma que esta última aproximación tiene que ver con la definición que planteó Sirvent (2001) respecto a las dependencias relacionales genuinas y las dependencias relacionales mediatizadas (adicciones). Asimismo, destaca dentro de las dependencias relacionales mediatizadas la introducción del término bidependencia como una doble dependencia tanto a las sustancias como a las personas.

Investigando más sobre el tema, encontramos que Sirvent y Moral son autores que han escrito diversas publicaciones relacionadas al constructo de dependencia emocional. Para ellos, las dependencias relacionales son “trastornos caracterizados por la manifestación de comportamientos adictivos en la relación interpersonal basados en una asimetría de rol y en una actitud dependiente en relación al sujeto del que se depende” (Sirvent & Moral, 2008). Asimismo, dentro de estas dependencias relacionales de tipo genuinas se consideran la adicción al amor y la dependencia emocional. La adicción al amor es considerada como un rasgo o actitud estable, por lo tanto, la persona repite ciertos comportamientos con sus distintas parejas a lo largo del tiempo (Sirvent, s.f). Es definida como “la perpetuación patológica del enamoramiento. Dicho de otra manera: La propensión a establecer una relación a la vez pasional e insatisfactoria a

través de una actitud dependiente" (C.Sirvent, comunicación personal, 4 de Diciembre, 2014). Por lo tanto, la adicción al amor presenta como principal síntoma la dependencia emocional (Sirvent, 2004). El adicto al amor tiene una fijación por el amor. Si bien necesitará siempre a una persona de la cual enamorarse, más importante que la pareja, es poder saciar esa necesidad de amor. El adicto al amor no ama, sino malquiere y sufre (C.Sirvent, comunicación personal, 4 de Diciembre, 2014).

Por el contrario, la dependencia emocional viene a ser un estado que sólo se va a producir con el sujeto del cual se depende (Sirvent, s.f). Como estado es reversible a diferencia de la adicción al amor (C.Sirvent, comunicación personal, 4 de Diciembre, 2014). Asimismo, Sirvent y Moral (2008) la definen como "Un patrón crónico de demandas afectivas frustradas sobre una persona que se intentan satisfacer mediante relaciones interpersonales de apego patológico".

Aquí existe una fijación afectivo- emocional por una persona específica. Por lo tanto, una persona podría pasar por varias dependencias pero el motor de esta persona será una pareja determinada y no la necesidad de amor como en la adicción al amor. Otras diferencias con la adicción al amor es que el dependiente emocional si se va a enamorar de su pareja, si sabe amar y de existir una ruptura, no va a buscar inmediatamente otra e incluso puede que no llegue a querer como quiso a esta persona (C.Sirvent, comunicación personal, 4 de Diciembre, 2014).

### **2.2.3. DIFERENCIACIONES CON TERMINOS AFINES**

A lo largo del tiempo, muchos profesionales de la salud han utilizado diversos términos afines para referirse a la dependencia emocional. Si bien estos términos han aportado a la comprensión, tratamiento y evaluación de la dependencia emocional, no significan lo mismo (Castelló, 2005). A continuación pasaremos a analizar cada uno e incluiremos aportes de otros autores para complementar la información.



## **A. Adicción al amor**

Muchos autores como Bogerts (2005) y Eisenstein, (2004), (como se citó en Izquierdo & Gómez-Acosta ,2013) y Schaeffer (1998) y Lazo (1998), (como se citó en Ayquipa, 2012) han sugerido la existencia de similitudes entre la dependencia afectiva y las adicciones.

Al igual que un adicto, el dependiente siente mucho placer ante la compañía de su pareja. (G.Sánchez, 2010). Según Panksepp (1998) éste placer es igual, biológicamente hablando, al que siente un drogadicto con su droga, es decir, para el dependiente emocional la persona amada es como su droga (como se citó en I. Rodríguez, 2013). Luego, se genera tolerancia, por lo que cada vez la persona necesita estar más tiempo con su pareja.

Finalmente, la persona va a manifestar un síndrome de abstinencia (G.Sánchez, 2010). Igualmente, este síndrome de abstinencia presenta los mismos síntomas que el de los drogadictos y alcohólicos: Angustia, pérdida del control, constante búsqueda del objeto o pareja, insomnio, náuseas, presión en el pecho y gran tristeza al no tener a al objeto cerca. De igual forma, así como un drogadicto quiere consumir desesperadamente la sustancia a la que es adicto el dependiente se desespera por retomar la relación (Mallor ,2006).

Para Retana y Sánchez (2005):

(...) una relación es adictiva cuando produce daño y perjudica la salud física y emocional sin que sea posible librarse de ella. Así como el adicto a una sustancia tóxica necesita y tolera cada vez más esa sustancia para poder funcionar, las personas “adictas al amor” soportan cantidades increíbles de sufrimiento en las relaciones que establecen (p. 130).

Asimismo, Retana y Sánchez (2005) afirman que los adictos al amor tienen la necesidad de ser amados y son personas que dan todo por su pareja, que la necesitan en todo momento, por lo que se distancian de su familia y amigos, dejan a un lado las responsabilidades laborales, idealizan a

su pareja y justifican sus actos a pesar de que les generan mucho sufrimiento.

Otros autores como Sophia, Tavares y Zilberman (2007) y Becoña (1996) han comparado los criterios diagnósticos de la dependencia del alcohol y otras drogas con la dependencia emocional (como se citó en Izquierdo & Gómez-Acosta, 2013).

Si bien Castelló (2005) está de acuerdo con algunas semejanzas entre esta comparación considera que estos son procesos distintos. Para ello, compara cada criterio propuesto por el DSM-IV-TR para las adicciones con la dependencia emocional (actualmente, los criterios del DSM – V, 2013, son iguales) como veremos a continuación.

Según el DSM-IV-TR los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias son:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses. Esto no se cumple pues en casi todos los casos la dependencia emocional, ésta acompaña a la persona desde la adolescencia, incluso toda su vida (sin tratamiento).

Castelló (2005) asegura que a adicción y dependencia se diferencian ya que no se puede afirmar que un dependiente emocional deja de serlo cuando ha superado el síndrome de abstinencia (después de la ruptura) a diferencia de un adicto. Por ejemplo, un dependiente puede ser adicto a una persona específica, pero luego se rompe la relación y queda sin pareja, por lo tanto, ya no es adicto a esa persona pero continua siendo dependiente pues luego buscará otra persona a la cual se volverá adicta nuevamente. El dependiente seguirá siendo dependiente aunque no comience una nueva relación o aunque permanezca solo ya que la esencia del trastorno es la intolerancia a la soledad y el autodesprecio de sí mismo y esta es la necesidad psicológica que quiere compensar con el otro. Igualmente, los tratamientos para ambos casos son distintos. En el caso del adicto el

tratamiento será el siguiente: desintoxicar, deshabituarse (superando el síndrome de abstinencia) y realizar una adecuada prevención de recaídas. Para el caso del dependiente emocional no se puede realizar lo mismo porque si bien la persona podrá superar una relación patológica, cuando esté recuperada buscará una nueva persona a la cual aferrarse. Del mismo modo, es complicado realizar la prevención de recaídas porque no se le puede decir al paciente que esté solo ya que mantener relaciones de pareja es algo deseable y saludable si son positivas. Por lo tanto, sólo se podrá decir que una persona es adicta al amor cuando se encuentre en una relación patológica de necesidad hacia el otro pero que vuelve a la normalidad cuando ésta culmina. No refleja una patología que está relacionada a la personalidad (como propone Castelló) que es más estable en el tiempo.

## **B. Apego ansioso**

Alonso – Aribol, Sháver y Yáñez (2002, como se citó en Castelló, 2005) refieren que en el dependiente emocional prevalece un tipo de apego ansioso - preocupado. Asimismo, Bartholomew (1990, como se citó en Castelló, 2005) manifiesta que en este tipo de apego existe una imagen negativa de uno mismo y positiva del resto y ansiedad de separación que se manifiesta en la inquietud en las relaciones interpersonales, temor al abandono que conlleva a un aferramiento a los demás, intolerancia a la soledad y quejas cuando las figuras de apego se alejan. Sin embargo, Castelló (2005) afirma que este tipo de apego no es lo mismo que una dependencia emocional pues en el primero se hablan de conductas de proximidad pero no se enfatiza en el vínculo afectivo o calidad de la relación (cariño), que viene a ser mucho más determinante.

## **C. Sociotropía**

Según Castelló (2005) la sociotropía se asemeja a la dependencia emocional ya que es un estilo cognitivo que predispone a la depresión, es estable en el tiempo, la persona se sobrevalora y tiene miedo de ser

rechazado y mantiene una necesidad de afecto, entre otras características. Sin embargo, en la dependencia emocional la relación es siempre de pareja; mientras que en la sociotropía podría ser de cualquier otro tipo como amical, familiar, etc. Igualmente, la sociotropía es un término vinculado y subordinado al de la depresión pues predispone un trastorno depresivo. En cambio, la dependencia emocional no se subordina a algún otro concepto porque es trascendental y significativo, mereciendo un estudio individual (Castelló, 2000, 2005).

#### **D. Personalidad autodestructiva**

Antiguamente, la personalidad autodestructiva era considerada como un trastorno de personalidad relacionado con el masoquismo. Muchas veces se etiqueta como masoquistas a los dependientes emocionales porque en ambos casos existe el autorrechazo y el establecimiento de relaciones interpersonales desequilibradas. Sin embargo, los primeros buscan el dolor y ataque a sí mismos y lo disfrutan. En cambio el dependiente no soporta maltratos porque le gusten sino porque tienen una baja autoestima y no se quiere a sí mismo por lo que necesitan compensar en su pareja este déficit de autoestima. Además, tienen un sentimiento de soledad y una necesidad de afecto lo cual los lleva a tolerar conductas explotadoras (Castelló, 2000, 2005).

#### **E. Trastorno de la personalidad por dependencia**

Castelló (2005) afirma que tanto en el trastorno de personalidad por dependencia como en la dependencia emocional existe: Una necesidad de estar todo el tiempo posible con el objeto del que se depende (persona), miedo y ansiedad de separación respecto a un potencial abandono, sumisión porque la persona hace cualquier cosa por mantener al otro a su lado, sentimientos negativos frente a la soledad y búsqueda de un nuevo objeto (pareja) de dependencia ante la ruptura. Sin embargo, las diferencias radican en cuanto a que en el primero, existe una necesidad hacia el otro debido a sensación de indefensión y desprotección, falta de autonomía, e

inseguridad en la toma de decisiones, por lo que puede aferrarse a su pareja, a un familiar, amigo, etc. En cambio, el dependiente emocional busca en la otra persona afecto y no soporta la soledad porque presenta sentimientos negativos hacia sí mismo que compensa estando con el otro pues sólo así su vida tiene sentido. Además, el dependiente emocional se aferra únicamente a su pareja.

#### **2.2.4. CAUSAS DE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL**

Según Castelló (2005), los factores causales están agrupados en cuatro, carencia afectiva temprana, mantenimiento de la vinculación y focalización excesiva en fuentes externas de la autoestima, factores biológicos y factores socioculturales, el autor afirma que los dos primeros son condición necesaria para la aparición de la dependencia emocional.

##### **A. Carencias afectivas tempranas**

Barrull y Cols (2000) propone una definición biológica de afecto; donde señalan que todo acto (comportamiento) de ayuda protección y cuidado que contribuya a la supervivencia de otro ser vivo es afecto. A esta concepción biológica, el autor añade que los cuidados y protección son tan necesarios como la enseñanza que puede recibir el ser humano para adquirir habilidades de supervivencia frente al ambiente.

Preston, (s.f; citado en Porot, 1969) considera la seguridad como parte principal del afecto; en donde esta seguridad se caracteriza por presentar tres elementos esenciales amor, aceptación y estabilidad.

Jersild, (1972) rescata que la protección y cuidado que puede brindar una persona a otra, se debe caracterizar por un sentimiento que motive a presentar estas conductas; el autor hace hincapié en que la simpatía es una parte fundamental del afecto.

Carencia afectiva se refiere aquella situación en que la maduración de la personalidad del niño se interfiere por falta de estimulación afectiva. Instituto de psiquiatría de Londres (1994).

Las carencias afectivas tempranas nos indican la ausencia, quizá no total pero si muy notable, de un elemento positivo y necesario como es el efecto (Castelló, 2005).

El dependiente emocional, en la infancia, comienza a tener un concepto de sí mismo negativo y un estima aún peor; el niño se minusvalora de la misma forma que lo hace su entorno familiar, se acostumbra a no tener demasiado en cuenta sabiendo que lo importante es lo que hacen los demás; no se premia sus logros porque tampoco su entorno lo hace, no se ensalza cuando esta simpático o realiza algo bien, o cuando se comporta de manera correcta y responsable. No sabe que simplemente es valioso por su mera existencia porque nadie se lo ha dicho y aún peor nadie se lo ha demostrado con hechos.

## **B. Mantenimiento de la vinculación y focalización excesiva en fuentes externas de la autoestima**

En el apartado anterior hemos hecho referencia a la actitud del niño ante los factores ambientales estresantes que le ha tocado vivir. La búsqueda continua de los demás significativos, de su atención y afecto acarrea consecuencias desfavorables para el niño, como la excesiva sumisión y entrega para congraciarse con los demás en esta búsqueda de cariño y atención de los demás permite que los sentimientos de los otros influyan en él. La consecuencia será la asunción de que el sujeto es una persona indigna de ser querida, que su papel se reduce a agradar y someterse a los demás, que no merece la pena, que no vale como persona y que necesita a alguien que le haga sentir que la vida sin el otro no tiene sentido porque debe continuar esa búsqueda. (Castelló 2005).

### **C. Factores biológicos**

Castelló (2005) afirma que dentro de los factores biológicos habría que incluir la pertenencia a un sexo u a otro. En nuestra especie el varón tiene una mayor facilidad para efectuar una desvinculación afectiva en circunstancias adversas, mientras que la mujer tendrá muchos más problemas para lograr esto. El autor plantea que la mera pertenencia biológica al sexo femenino ya condiciona la aparición de dependencia emocional.

Además del factor género, el temperamento y la dotación genética también desempeñan un papel relevante a la formación de la dependencia emocional. Es plausible imaginar que habrá sujetos con mayor predisposición que otros a mantener la vinculación afectiva en circunstancias desfavorables o incluso personas con gran susceptibilidad a las carencias afectivas tempranas. Estas personas tendrán más posibilidades que otras, dadas las circunstancias, de desarrollar dependencia emocional.

### **D. Factores socioculturales**

Castelló (2005) afirma que en nuestra cultura occidental al varón se le asigna un rol más individualista, más agresivo y competitivo con un cierto desarraigo afectivo mientras que a la mujer se le otorga un papel más comprensivo, moderado, con mayor tendencia a la empatía y al cuidado.

Por supuesto, estas tendencias socioculturales dependerán de su aplicación en entornos concretos como la familia y la escuela; existirán lugares donde estas diferencias sean más marcadas que en otros.

De la misma forma, cada cultura tiene diferentes modelos de pareja; los roles masculino y femenino que se desempeñan en ella tienen también una gran influencia social.

### **2.2.5. CARACTERÍSTICAS DE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL**

Castelló (2005) propone dividir las características de los dependientes emocionales en tres grandes áreas que son: el área de relaciones de pareja, de las relaciones con el entorno interpersonal y el área de autoestima y estado de ánimo.

#### **A. Área de las relaciones de pareja**

Castelló (2005) enumera las características de los dependientes emocionales que se producen dentro de las relaciones de pareja:

##### **a) Necesidad excesiva del otro, deseo de acceso constante hacia él.**

En las personas con dependencia emocional, el deseo de tener contacto con el otro o de estas con la pareja es más que una necesidad, es absolutamente imprescindible. Aquello que une a estas personas con su pareja es mucho más fuerte, en tanto su necesidad del otro es más apremiante; de hecho, precisan del objeto idealizado para que les suministre el cariño del que carecen. Los dependientes no ven satisfechas estas pretensiones afectivas pero persisten en la búsqueda de algo que realmente ignoran, y que confunden con adhesión extrema.

##### **b) Deseos de exclusividad en la relación**

No obstante, el dependiente emocional lleva demasiado lejos su afán de exclusividad, si por el fuera, colocaría una especie de burbuja que le envolviera tanto a él como a su pareja para así aislarse ambos del entorno, como si de una simbiosis se trata. No se contemplan las amistades ni otras obligaciones, lo ideal para el dependiente sería que la exclusividad fuera absoluta para ambos miembros de la pareja.



### **c) Prioridad de la pareja sobre cualquier otra cosa**

El dependiente emocional sitúa a la relación, pero sobre todo a la pareja, como la única y máxima prioridad en su vida, otorgando al resto de sus propios deseos e intereses, un lugar mucho más secundario en su escala de prioridades.

### **d) Idealización de la pareja**

Los dependientes emocionales sobrevaloran a todos los sentidos a su pareja; el compañero pasa a ser alguien extraordinario, con unas cualidades especiales, diferente y superior al resto de las personas y por supuesto, al propio dependiente. Todas las características reales se verán magnificadas en la imaginación del dependiente; en algunos casos cuando la pareja presenta carácter narcisista la sobrevaloración es reforzada por el concepto inflado que tiene el dependiente hacia él.

### **e) Relaciones basadas en sumisión y subordinación**

Una de las pautas de interacción más característica de los dependientes emocionales es la sumisión incondicional hacia su pareja. El dependiente siempre tiene claro que la pareja es una persona para admirar e idealizar, es el único componente importante de la relación, por lo tanto, siempre hay que agradarle, debe estar siempre contento. La consecuencia inmediata es que solo hará lo que la pareja quiera, el dependiente se vestirá a su gusto, tendrá acceso a él cuando lo estime oportuno, se dirigirá hacia su persona en los términos que estipule, servirá de desahogo de las frustraciones cuando las tenga, etc. La única persona importante en la relación es la pareja, el dependiente se conforma con su papel de satélite que gira en torno a él.

#### **f) Historia de relaciones de pareja desequilibradas**

En líneas generales la vida amorosa del dependiente emocional es una sucesión de relaciones de parejas tormentosas y desequilibradas, prácticamente desde el inicio de sus relaciones amorosas.

#### **g) Miedo a la ruptura**

La sensación de rechazo y el temor a la ruptura es tremendamente fuerte en el dependiente emocional, existiendo en su relación de pareja el miedo permanente al abandono. Este miedo será también proporcional a la situación; en definitiva, a sensación general de miedo al abandono, de temor a que se produzca una ruptura, preside la vida del dependiente.

#### **h) Asunción del sistema de creencias de la pareja**

El dependiente emocional tiene a su pareja como auténtica referencia en su vida, como sentido de su existencia, y que además lo idealiza en todos sus aspectos y asume sus creencias como ciertas y universales, llegando a compartirlas aun cuando antes de la relación pensaba lo contrario.

### **B. Área de las relaciones con el entorno interpersonal**

Castelló (2005) asevera que el dependiente emocional manifiesta principalmente sus características en sus relaciones de pareja pero a su vez también presenta ciertas peculiaridades en el trato con otras personas significativas como familia, amigos y compañeros de trabajo, destacan tres características en esta área:

#### **a) Deseo de exclusividad hacia otras personas significativas**

El dependiente pretende exclusividad en el conjunto de sus relaciones interpersonales, principalmente con su pareja, pero también con

otras personas significativas; de hecho, esta exclusividad suele manifestarse con más fuerza en el entorno, se trata de individuos con una necesidad desmedida de los otros, acostumbrados a buscar en los demás lo que no encuentra en sí mismos, siempre dependientes de un entorno en el que les ha faltado aceptación y del que continuamente esperan atención. Cuando en la adolescencia y la adultez cambia el círculo de personas significativas cobra mayor importancia las relaciones con “iguales”, sean amigos, compañeros de estudio o de trabajo, dicha necesidad desmedida y búsqueda de la aceptación que no han recibido juega en su contra. La exclusividad en las relaciones con otras personas significativas tiene como principal consecuencia una excesiva absorción hacia las mismas, un sentimiento de posesión insaciable que se manifiesta en desear que un amigo, este continuamente a disposición del dependiente.

#### **b) Necesidad de agradar**

La aprobación de los demás es muy necesaria para las personas con dependencia emocional, ya que el temor al rechazo o a no gustar lo malinterpreta como una antipatía o desinterés. Cuando un dependiente emocional conoce una persona suele tener dudas de si le habrá caído bien o si le habrá gustado, están siempre dependientes de su entorno buscando agarrarse a él, intentando ser captados y bien recibidos, con la amenaza de ser rechazados.

Cuando no tienen pareja su deseo de agradar es mayor y se vuelven muy dependientes de su apariencia física y de las reacciones de los demás, son personas que se menosprecian y buscan en los otros el sentido de su existencia.

#### **c) Déficit de habilidades sociales**

El miedo atroz al rechazo conduce a no expresar con libertad los intereses y las demandas personales con personas más significativas, la falta de habilidades sociales se traduce más bien en carencia de empatía,

las pretensiones de exclusividad a los demás conlleva a una utilización de los mismos algo egoísta, convirtiéndose en sostenedores del dependiente, en personas que son un bálsamo para su malestar.

Les cuesta dar cariño porque lo confunden con entrega, con sumisión; no entienden tampoco que recibir amistad no es tener a otra persona para ellos ni disponer de alguien para utilizarlo como paño de lágrimas.

### **C. Área de autoestima y estado de ánimo**

Castelló (2005) asegura que los dependientes emocionales suelen ser personas tristes, cabizbajas, se valoran poco y dan una impresión de continuo sufrimiento cuando no encuentran lo que buscan, por ejemplo, cuando están solos o su nefasta relación de pareja está al borde de la ruptura. Se encuentran dos indicadores para esta área.

#### **a) Baja autoestima**

El dependiente emocional sufre de baja autoestima, no espera el cariño real de su pareja porque tampoco lo siente hacia sí mismo, y generalmente tampoco lo ha recibido de las personas más significativas a lo largo de su vida (padres, hermanos, familia en general, profesores). Por eso tiene tanto miedo a la soledad; porque, como ya se explicó antes, nadie soporta quedarse a solas con alguien a quien no aguanta; el auto concepto es también bajo por simple coherencia con la autoestima.

#### **b) Miedo e intolerancia, a la soledad**

El dependiente emocional necesita un acceso constante hacia la persona de la cual depende emocionalmente; esto se traduce en un agobio asfixiante hacia ella con continuas llamadas, mensajes al móvil, aferramiento excesivo, deseo de hacer con ella cualquier actividad, etc. La motivación de este constante es por un lado la necesidad emocional y por otro la ansiedad por una posible pérdida del otro.

El miedo de quedarse solo es tal en el dependiente emocional, que se da la subordinación en las relaciones de pareja, ya que lo considera un medio para preservar la relación a toda costa. Las relaciones de pareja de los dependientes emocionales son marcadamente asimétricas y desequilibradas; uno de sus componentes es el que domina claramente en la pareja y el otro (en este caso, el dependiente emocional) solo se preocupa de su bienestar, de hacer lo que su pareja desee, de magnificar y alabar todo lo que hace, tienen un miedo e intolerancia terribles a la soledad esta intolerancia a la soledad se debe a que la relación del dependiente consigo mismo es muy negativa, “no se soporta”.

El miedo a la soledad es consecuencia directa de la baja autoestima y es también uno de los distintivos fundamentales de la dependencia emocional.

### **c) Estado de ánimo negativo y comorbilidad**

Los dependientes emocionales de por sí suelen presentar un estado de ánimo negativo, triste, ansioso, preocupado e inseguro. Además, la dependencia emocional acarrea trastornos comórbidos siendo los más comunes los depresivos y los ansiosos. Estos trastornos suelen presentarse ante la ruptura, ante amenazas de abandono, ante el deterioro de la relación, etc. (Castelló, 2005). A este tipo de trastornos que se presentan luego de la ruptura se le conoce como “síndrome de abstinencia”. Así el dependiente, atraviesa una depresión con ideas obsesivas y angustiosas sobre la pérdida de la pareja, recuerdos sobre la relación, ideas de culpabilidad en cuanto a errores cometidos en la relación, pensamientos sobre el poco sentido que tiene la vida sin pareja e incluso ideas suicidas (Castelló, 2012). Es por ello, que es en la ruptura en el momento en el cual la mayoría de personas llegan a consulta (Castelló, 2005; Santoro, s.f).

### **2.3.HABILIDADES SOCIALES Y DEPENDENCIA EMOCIONAL**

Los dependientes suelen tener cierto déficit en sus relaciones interpersonales. La necesidad de agradar genera una baja asertividad ya que el dependiente no hace valer sus derechos y no expresa sus intereses pues tiene miedo de ser rechazado. Algunas personas, no cercanas a ella, pueden aprovecharse de esto. Además, existe una falta de empatía con el resto ante su deseo de exclusividad ya que el dependiente habla varias horas respecto a su pareja o ex pareja con otra persona pero se muestra desinteresado si la otra empieza a contarle sus problemas. Para el dependiente la amistad significa tener a alguien que lo escuche y que sea su paño de lágrimas. Las reacciones más comunes del resto ante esto son: De huida y desagrado o de escucha pasiva. Todo esto ocasiona que el dependiente no tenga relaciones positivas o numerosas (Castelló, 2005).

Las habilidades sociales son definidas por gran cantidad de autores de manera diferente. Lo que en este protocolo nos atañe no es una definición exacta y pormenorizada sino la influencia de las mismas en la relación de pareja. Utilizando la definición de Elia Roca (2007): Las habilidades sociales son una serie de conductas observables, pero también de pensamientos y emociones, que nos ayudan a mantener relaciones interpersonales satisfactorias, y a procurar que los demás respeten nuestros derechos y no nos impidan lograr nuestros objetivos. Nos podemos preguntar, ¿Por qué son relevantes en la dependencia emocional? Cuando se crea una dependencia emocional dentro de una pareja sentimental es común que alguno de los integrantes, o los dos miembros de la pareja, generen un círculo social reducido. Bien porque nunca tuvieron un círculo social más amplio o bien porque a medida que la relación se consolidaba las relaciones interpersonales fueron descendiendo en la escala de prioridades. Es relevante saber si las personas con este problema poseen habilidades sociales, puesto que normalmente, uno de los primeros pasos a seguir en el tratamiento psicológico es la amplitud de relaciones interpersonales que doten de seguridad a la persona/s para trabajar la autonomía e independencia.

La formación de esquemas inter e intrapersonales, produce una estabilización de la dinámica del dependiente emocional y de cualquier persona, porque estos tienden a arraigarse aunque también pueden modificarse de acuerdo a la experiencia, sin embargo esta modificación se dirige más al enriquecimiento del esquema, que a su erradicación y sustitución por otro nuevo. La aplicación de las pautas de interacción o esquemas interpersonales en este caso de los dependientes emocionales hacia el objeto, como la sumisión o la idealización, se consolidaran dependiendo de la reiteración de dichas pautas y tendrán un efecto en el objeto, las reacciones de estos están también interiorizadas en las pautas de interacción, por lo que las reacciones del objeto no le resultan nada extrañas al dependiente.

La gravedad de la dependencia ira en proporción a la de las mencionadas carencias, del tal forma que una dependencia leve en cierto modo, no precisara de circunstancias ambientales tan desfavorables e incluso estas circunstancias pueden provenir de otros entornos como el de sus amigos o compañeros de escuela, pueden existir casos en los que en la adolescencia o juventud comienzan a tener relaciones con personas hostiles, frías o maltratadoras y la sucesión de estas relaciones en estas edades pueden producir un cambio drástico en las relaciones interpersonales ya adquiridos.

## CAPITULO III

### METODOLOGÍA

#### 3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Nuestra investigación es descriptiva correlacional.

- **Descriptiva:** Teniendo en cuenta que “que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (Hernández Sampieri;1991).
- **Correlacional:** Por que estudia el grado de asociación entre dos o más conceptos en un contexto particular, nosotros queremos conocer la relación que existe entre las habilidades sociales y dependencia emocional.

#### 3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño es no experimental transversal, ya que tiene como objetivo recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir dos o más variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento determinado. (Hernández Sampieri 2004).

#### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

##### a. Población:

La población objeto de estudio estuvo integrada por un total 2060 estudiantes regulares del “Instituto de Educación Superior Tecnológico Privado María Montessori”. El grupo en su mayoría estuvo conformada por mujeres, con un pequeño porcentaje de varones. Las



edades cuyas edades fluctúan entre los 18 y 30 años de edad en ambos sexos.

**b. Muestra:**

Para efectos del presente estudio, se obtuvo un tamaño de muestra de 324 estudiantes, empleando el muestreo probabilístico por racimos.

Formula de muestreo para población finita

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 p \cdot q \cdot N}{E^2(N - 1) + Z_{\alpha}^2 p \cdot q}$$

***Dónde:***

n = Muestra

$\alpha$  = Nivel de confianza (95%) del estudio, (convertido dicho valor a la escala Z equivale a 1.96).

p = Proporción de ocurrencia de fenómeno, (asumimos 50%).

q = 100-p

N = Población

E = Error muestral, (asumimos el 5%)

### **3.4. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS**

Para la presente investigación se utilizara los siguientes instrumentos:

#### **EI INVENTARIO DE DEPENDENCIA EMOCIONAL (IDE)**

- **Nombre** : Inventario de Dependencia Emocional – IDE.
- **Autor** : Jesús Ayquipa, 2012.
- **Administración:** Individual o colectiva.
- **Duración** : Sin límite de tiempo. Aproximadamente entre 15 a 20 minutos.
- **Aplicación** : Adultos (18 a 55 años).

- **Significación** :Conformada por 49 ítems agrupados en siete factores
- **Material** : Manual, cuadernillo, hoja de respuesta y hoja de corrección.
- **Descripción:** Este inventario mide el constructo de dependencia emocional según la teoría de Castelló (2005). El tipo de respuesta se da en una escala Likert de 5 puntos. Los 7 factores que componen la prueba son:
  - **Miedo a la ruptura – MR (9 ítems):** Temor ante la idea de la ruptura de la relación. Se adoptan conductas para mantenerla. Negación de la ruptura, ejerciendo continuos intentos para reanudarla.
  - **Miedo e Intolerancia a la soledad - MIS (11 ítems):** Sentimientos desagradable cuando la pareja no está de forma parcial o definitiva. Retomar la relación o buscar otra para evitar la soledad.
  - **Prioridad de la pareja - PP (8 ítems):** Considerar como más importante a la pareja sobre cualquier otro aspecto o personas.
  - **Necesidad de acceso a la pareja – NAP (6 ítems):** Tener presente a la pareja la mayor parte del tiempo puede ser físicamente o a través de pensamientos.
  - **Deseos de exclusividad - DEX (5 ítems):** Aislarse del entorno por estar sólo con la pareja y deseos de que la pareja haga lo mismo.
  - **Subordinación y sumisión - SS (5 ítems):** Sentimientos de inferioridad y desprecio hacia sí mismo y sobreestimación de las conductas, pensamientos, sentimientos e intereses de la pareja
  - **Deseos de control y dominio - DCD (5 ítems):** Buscar permanentemente la atención y afecto de la pareja para controlar la relación y asegurar su continuidad.

• **Justificación estadística:**

**A. Validez:** Messick (1980, citado en Martinez, 1995) informa que “la validez de constructo es el concepto unificador de validez que integra consideraciones de contenido y de criterio, en un marco general para probar hipótesis racionales acerca de las relaciones teóricamente relevantes”, basándose en esta concepción, en la validez del IDE se obtuvo evidencias de validez de contenido por medio de la elaboración de la escala con 209 reactivos, tomando en cuenta la bibliografía oportuna al tema y los datos que recogieron en el momento de realizarse terapias de grupos psicológicos con una muestra de pacientes con rasgos de dependencia emocional. A través del criterio de 5 jueces, obtuvieron los índices de Acuerdo con valores de 0.80 y 1.00 para más del 95% de los reactivos. A su vez se encontró evidencia de validez factorial al realizarse el Análisis Factorial Exploratorio de la prueba final. Al realizarse dicho procedimiento, obtuvieron 7 factores que explicaron el 58.25% de la varianza total, conteniendo ítems con saturaciones satisfactorios (desde 0.404 hasta 0.702).

**B. Confiabilidad:** La confiabilidad se obtuvo a través del método de consistencia interna, usando los coeficientes Alfa de Crombach y “r” de Pearson corregida con la fórmula SpearmanBrown. En la Tabla 2 aparecen los estadísticos descriptivos principales de los dos pretest y del test final del IDE, así como los valores de los coeficientes alfa de Cronbach. Asimismo, un segundo método que se utilizó para medir la confiabilidad del IDE, por medio de la consistencia interna fue el Método de la división por mitades. El coeficiente de correlación “r” de Pearson, corregido mediante la fórmula Spearman-Brown, fue de 0.91.

**C. Baremos percentilares:** Para llegar a una interpretación de los resultados, los puntajes percentiles se transformaron en categorías diagnósticas. Los puntajes directos que tienen un percentil dentro del rango 1 – 30, son considerados “bajo” o “normal”; los puntajes cuyo percentil están dentro del rango 31 – 50, corresponden a una categoría “moderada”, puntajes con percentiles entre 51 a 70 son considerados

“alto” y, finalmente, los que alcanzan un percentil de 71 a 99, le corresponde a una categoría diagnóstica de “muy alto” o “crítico”.

## **ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (EHS)**

- **Nombre:** Escala De Habilidades Sociales (EHS)
- **Autora:** Elena Gismero Gonzales. Universidad Pontificia Comillas (Madrid). Facultad de Filosofía y Letras, sección Psicología.
- **Descripción:**

El EHS, en su versión definitiva, está compuesto por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en Habilidades Sociales, y cinco de ellos en el sentido positivo. Consta de 4 alternativas de respuesta.

**A**=No me identifico en absoluto; La mayoría de la veces no me ocurre o no lo haría

**B**=No tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra

**C**=Me describe aproximadamente, aunque no siempre actué o me sienta así

**D**=Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos

A mayor puntuación global el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidad de aserción en distintos contextos.

El análisis factorial ha revelado seis factores: “Autoexpresión en situaciones complejas”; , “Defensa de los propios derechos como consumidor”; “Expresión de enfado o disconformidad”; “ Decir no y cortar interacciones”; “Hacer peticiones”; “Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto”, sus ámbitos de aplicación preferentes son el clínico e investigador, adolescentes y adultos. El tiempo que se requiere para su contestación es aproximadamente cuarto de hora.

- **Normas de aplicación**

El EHS puede aplicarse tanto individual como colectivamente. En la aplicación, el evaluador debe procurar mantener un buen clima y lograr una comunicación afectiva. Las instrucciones se encuentran en la cartilla

que recibe cada sujeto, no obstante se recomienda que se explique en voz alta hasta conseguir que todos los sujetos las comprendan perfectamente.

El EHS no se concibe como una prueba de rendimiento, por lo que conviene motivar a los sujetos explicándoles que se trata de un conjunto de situaciones ante las que cada uno actúa (o actuarían) de distinta forma, por lo cual no existen respuestas correctas o incorrectas. Al no tratarse de una prueba de rendimiento, no hay un tiempo límite en la aplicación de la misma, pero dada su brevedad, la mayoría de los sujetos no suelen tardar en completarla más de un cuarto de hora.

- **Corrección y puntuación**

Las contestaciones anotadas por el sujeto en el mismo ejemplar se corrigen y puntúan de una manera muy simple a través de las plantillas de corrección para cada factor, por lo tanto, solo es necesario sumar los puntos conseguidos en cada factor, por tanto, solo es necesario sumar los puntos conseguidos en cada factor y anotar esa puntuación directa en el cuadro correspondiente, finalmente la puntuación directa en el cuadro correspondiente, finalmente la puntuación directa global, es el resultado de sumar las puntuaciones directas en los seis factores y su resultado se anotara también en la casilla correspondiente. Estas puntuaciones directas no son interpretables por sí mismas, y es necesario obtener unas puntuaciones transformadas, valiéndonos del cuadro de Baremos de jóvenes de la Escala de Habilidades Sociales.

- **Normalización**

La escala de Habilidades Sociales fue normalizada en una muestra de jóvenes (N=1017 niños y adolescentes) que cursaban estudios de ESO, Bachillerato y Formación Profesional en Madrid utilizando una escala percentilar con tres niveles:

**Nivel bajo** : Percentil = 1-25

**Nivel promedio** : Percentil = 30-75

**Nivel alto** : Percentil =80-99

- **Validez**

En cuanto a las Escalas, la mayoría de los factores tiene una confiabilidad alta, y alguno sorprendentemente elevada dado el número pequeño de ítems (como la Escala IV con un alfa de 0.744, o la Escala III, con un alfa de 0.812).

- **Confiabilidad**

En el análisis se comprobó que la confiabilidad del total de la prueba es alta (alfa: 0.77), por lo que el EHS constituye de hecho un instrumento adicional, que atendiendo al contenido prevalente de las auto descripciones también sería un indicador o medida de auto informe de aserción.

La prueba ha sido utilizada en nuestro medio desde el año 2000, en diferentes investigaciones como las de Cueva (Relaciones interpersonales y Habilidades sociales), la de Luque (Habilidades sociales en la educación peruana).

- **Procedimiento de la recolección de datos**

Para llevar a cabo la presente investigación solicitaremos a las autoridades competentes del Instituto de Educación Superior Tecnológico Privado María Montessori las facilidades para la evaluación de sus estudiantes. Una vez conseguido los permisos se procederá a evaluar a los estudiantes, solicitando a estos la máxima veracidad de las respuestas. Se iniciará con la aplicación del instrumento de habilidades sociales para luego proceder con la aplicación del inventario de dependencia emocional; la aplicación de las pruebas; se realizará en una sola sesión y al término de la recolección de los datos; se procederá al procesamiento de los mismos.

## **CAPÍTULO IV**

### **4.1. RESULTADOS**

Los resultados son presentados en cuadros para su manejo y comprensión; para el procesamiento general de los datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS versión 20.0 y para un análisis descriptivo y de frecuencia la prueba t- student como también se utilizó la Correlación lineal de Pearson para relacionar nuestras variables.

Los resultados de esta investigación serán presentados de la siguiente manera:

- En la tabla 1 muestra el nivel general de Habilidades Sociales
- De la tabla 2 a la 7 muestran los niveles de los diferentes factores de Habilidades Sociales.
- En la tabla 8 muestra el nivel de Dependencia Emocional
- De la tabla 9 a la 15 muestran los niveles de los diferentes factores de Dependencia Emocional.
- En la tabla 16 muestra la correlación de los niveles de Habilidades Sociales con los de Dependencia Emocional.

**TABLA 1**

**NIVELE GENERAL DE HABILIDADES SOCIALES DE LA MUESTRA**

**Tabla de frecuencia**

<i>Habilidades sociales</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	162	50,0
Promedio	122	37,7
Alto	40	12,3
Total	324	100,0

Hallamos que mayormente los evaluados presentan un nivel de habilidades sociales bajo (50%), mientras que el 37.7% tiene un nivel promedio y solo el 12.3% tiene un nivel alto.



**TABLA 2**  
**FACTOR I AUTOEXPRESIÓN EN SITUACIONES SOCIALES DE LA**  
**MUESTRA**

**Tabla de frecuencia**

<i>I Auto expresión en situaciones sociales</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	149	46,0
Promedio	148	45,7
Alto	27	8,3
Total	324	100,0

Hallamos que mayormente los evaluados presentan un nivel de auto expresión en situaciones sociales bajo (46%), lo que refleja que no poseen la capacidad de expresar por sí mismo de forma espontánea, presentando ansiedad en distintos tipos de situaciones sociales. Mientras que el 45.7% tiene un nivel promedio y solo el 8.3% tiene un nivel alto.

**TABLA 3**

**FACTOR II DEFENSA DE LOS PROPIOS DERECHOS COMO  
CONSUMIDOR DE LA MUESTRA**

**Tabla de frecuencia**

II Defensa de los propios derechos como consumidor		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	121	37,3
Promedio	157	48,5
Alto	46	14,2
Total	324	100,0

Hallamos que mayormente los evaluados presentan un nivel de defensa de los propios derechos como consumidor promedio (48.5%), lo que nos muestra que tienen conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo. Mientras que el 37.3% tiene un nivel bajo y solo el 14.2% tiene un nivel alto.

**TABLA 4**

**FACTOR III EXPRESIÓN EN SITUACIONES SOCIALES DE LA MUESTRA**

**Tabla de frecuencia**

*III Expresión de enfado o disconformidad*

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	100	30,9
Promedio	165	50,9
Alto	59	18,2
Total	324	100,0

Hallamos que mayormente los evaluados presentan un nivel de expresión y enfado o disconformidad promedio (50.9%), lo que indicaría que los sujetos evitan conflictos, poseen una capacidad de expresar enfado, sentimientos negativos justificados o desacuerdo con otras personas. Mientras que el 30.97% tiene un nivel bajo y solo el 18.2% tiene un nivel alto.

**TABLA 5**

**FACTOR IV DECIR NO Y CORTAR INTERACCIONES DE ELA MUESTRA**

**Tabla de frecuencia**

<i>IV Decir no y cortar interacciones</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	96	29,6
Promedio	139	42,9
Alto	89	27,5
Total	324	100,0

Hallamos que mayormente los evaluados presentan un nivel de decir no y cortar interacciones promedio (42.9%), lo que indica que poseen la habilidad para cortar interacciones que no quieren mantener como también la aserción de negarse a realizar alguna acción. Mientras que el 29.6% tiene un nivel bajo y el 27.5% tiene un nivel alto.

**TABLA 6**

**FACTOR V HACER PETICIONES DE LA MUESTRA**

**Tabla de frecuencia**

<i>V Hacer peticiones</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	168	51,9
Promedio	127	39,2
Alto	29	9,0
Total	324	100,0

Hallamos que mayormente los evaluados presentan un nivel de hacer peticiones bajo (51.9%), lo que nos indica que presentan dificultades al momento de expresar petitorias que desean de las demás personas. Mientras que el 39.2% tiene un nivel promedio y solo el 9% tiene un nivel alto.

**TABLA 7**  
**FACTOR VI INICIAR INTERACCIONES POSITIVAS CON EL SEXO**  
**OPUESTO DE LA MUESTRA**

**Tabla de frecuencia**

*VI Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto*

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	125	38,6
Promedio	149	46,0
Alto	50	15,4
Total	324	100,0

Hallamos que mayormente los evaluados presentan un nivel de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto promedio (46%), lo que nos indica que poseen la habilidad para entablar conversaciones, realizan cumplidos sin dificultad con el sexo opuesto. Mientras que el 38.6% tiene un nivel bajo y solo el 15.4% tiene un nivel alto.

**TABLA 8**

**NIVEL GENERAL DE DEPENDENCIA EMOCIONAL DE LA MUESTRA**

**Frecuencias**

<i>Dependencia emocional</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	170	52,5
Significativo	59	18,2
Moderado	48	14,8
Alto	47	14,5
Total	324	100,0

Observamos que mayormente los evaluados presentan un nivel de dependencia emocional bajo (52.5%), mientras que el 18.2% tiene un nivel significativo, el 14.8% tiene un nivel moderado y el 14.5% tiene un nivel alto.

**TABLA 9****FACTOR I MIEDO A LA RUPTURA (MR) DE LA MUESTRA****Tabla de frecuencia**

<i>(MR) Miedo a la ruptura</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	144	44,4
Significativo	67	20,7
Moderado	56	17,3
Alto	57	17,6
Total	324	100,0

Observamos que mayormente los evaluados presentan un nivel de miedo a la ruptura bajo (44.4%), mientras que el 20.7% tiene un nivel significativo, el 17.3% tiene un nivel moderado y el 17.6% tiene un nivel alto.



**TABLA 10**

**FACTOR II MIEDO E INTOLERANCIA A LA SOLEDAD DE LA MUESTRA**

**Tabla de frecuencia**

*MIS) Miedo e intolerancia a la soledad*

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	157	48,5
Significativo	80	24,7
Moderado	31	9,6
Alto	56	17,3
Total	324	100,0

Observamos que mayormente los evaluados presentan un nivel de miedo e intolerancia a la soledad bajo (48.5%), mientras que el 24.7% tiene un nivel significativo, el 9.6% tiene un nivel moderado y el 17.3% tiene un nivel alto.

**TABLA 11**

**FACTOR III PRIORIDAD A LA PAREJA (PP) DE LA MUESTRA**

**Tabla de frecuencia**

<i>(PP) Prioridad de la pareja</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	172	53,1
Significativo	61	18,8
Moderado	38	11,7
Alto	53	16,4
Total	324	100,0

Observamos que mayormente los evaluados presentan un nivel de prioridad de la pareja bajo (53.1%), mientras que el 18.8% tiene un nivel significativo, el 11.7% tiene un nivel moderado y el 16.4% tiene un nivel alto.

**TABLA 12**

**FACTOR IV NECESIDAD DE ACCESO A LA PAREJA (NAP) DE LA MUESTRA**

**Tabla de frecuencia**

*(NAP) Necesidad de acceso a la pareja*

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	146	45,1
Significativo	42	13,0
Moderado	70	21,6
Alto	66	20,4
Total	324	100,0

Observamos que mayormente los evaluados presentan un nivel de necesidad de acceso a la pareja bajo (45.1%), mientras que el 13% tiene un nivel significativo, el 21.6% tiene un nivel moderado y el 20.4% tiene un nivel alto.

**TABLA 13**

**FACTOR V DESEO DE EXCLUSIVIDAD (DEX) DE LA MUESTRA**

**Tabla de frecuencia**

<i>(DEX) Deseo de exclusividad</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	181	55,9
Significativo	44	13,6
Moderado	34	10,5
Alto	65	20,1
Total	324	100,0

Observamos que mayormente los evaluados presentan un nivel de deseo de exclusividad bajo (55.9%), mientras que el 13.6% tiene un nivel significativo, el 10.5% tiene un nivel moderado y el 20.1% tiene un nivel alto.

**TABLA 14**

**FACTOR VI SUBORDINACIÓN Y SUMISIÓN (SS) DE LA MUESTRA**

**Tabla de frecuencia**

*(SS) Subordinación y sumisión*

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	142	43,8
Significativo	70	21,6
Moderado	28	8,6
Alto	84	25,9
Total	324	100,0

Observamos que mayormente los evaluados presentan un nivel de subordinación y sumisión bajo (43.8%), mientras que el 21.6% tiene un nivel significativo, el 8.6% tiene un nivel moderado y el 25.9% tiene un nivel alto.

**TABLA 15**

**FACTOR VII DESEO DE CONTROL Y DOMINIO (DCD) D ELA MUESTRA**

**Tabla de frecuencia**

*(DCD) Deseo de control y dominio*

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	193	59,6
Significativo	42	13,0
Moderado	45	13,9
Alto	44	13,6
Total	324	100,0

Observamos que mayormente los evaluados presentan un nivel de deseo de control y dominio bajo (59.6%), mientras que el 13% tiene un nivel significativo, el 13.9% tiene un nivel moderado y el 13.6% tiene un nivel alto.

**TABLA 16**

**CORRELACIÓN DE NIVELES DE HABILIDADES SOCIALES CON LOS NIVELES DE DEPENDENCIA EMOCIONAL**

		Dependencia emocional							
			(MR)	(MIS)	(PP)	(NAP)	(DEX)	(SS)	(DCD)
Habilidades sociales	Correlación de Pearson	-,233**	-,191**	-,140*	-,220**	-,137*	-,253**	-,213**	-,239**
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,012	,000	,014	,000	,000	,000
	N	324	324	324	324	324	324	324	324
I Auto expresión en situaciones sociales	Correlación de Pearson	-,206**	-,166**	-,112*	-,129*	-,134*	-,258**	-,203**	-,265**
	Sig. (bilateral)	,000	,003	,045	,020	,015	,000	,000	,000
	N	324	324	324	324	324	324	324	324
II Defensa de los propios derechos como consumidor	Correlación de Pearson	-,110*	-,055	-,024	-,133*	-,031	-,181**	-,104	-,176**
	Sig. (bilateral)	,048	,326	,668	,017	,577	,001	,062	,001
	N	324	324	324	324	324	324	324	324
III Expresión de enfado o disconformidad	Correlación de Pearson	-,188**	-,139*	-,136*	-,213**	-,158**	-,164**	-,153**	-,127*
	Sig. (bilateral)	,001	,012	,015	,000	,004	,003	,006	,023
	N	324	324	324	324	324	324	324	324
IV Decir no y cortar interacciones	Correlación de Pearson	-,228**	-,176**	-,147**	-,214**	-,163**	-,232**	-,199**	-,222**
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,008	,000	,003	,000	,000	,000
	N	324	324	324	324	324	324	324	324
V Hacer peticiones	Correlación de Pearson	-,074	-,096	-,046	-,133*	-,008	-,056	-,044	-,033
	Sig. (bilateral)	,182	,085	,408	,017	,891	,316	,434	,560
	N	324	324	324	324	324	324	324	324
VI Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	Correlación de Pearson	-,074	-,096	-,072	-,067	-,006	-,041	-,089	-,040
	Sig. (bilateral)	,185	,084	,198	,227	,918	,466	,110	,475
	N	324	324	324	324	324	324	324	324

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Nota: MR= miedo a la ruptura; MIS= miedo e intolerancia a la soledad; PP= prioridad de la pareja; NAP= necesidad de acceso a la pareja; DEX= deseo de exclusividad; SS= subordinación y sumisión; DCD= deseo de control y dominio

Encontramos que las habilidades sociales se relacionan de forma estadísticamente significativa con la dependencia emocional ( $r = -0.233$ ;  $p < 0.05$ ) y sus dimensiones de miedo a la ruptura ( $r = -0.191$ ;  $p < 0.05$ ), miedo e intolerancia a la soledad ( $r = -0.140$ ;  $p < 0.05$ ), prioridad de la pareja ( $r = -0.220$ ;  $p < 0.05$ ), necesidad de acceso a la pareja ( $r = -0.137$ ;  $p < 0.05$ ), deseo de exclusividad ( $r = -0.253$ ;  $p < 0.05$ ), subordinación y sumisión ( $r = -0.213$ ;  $p < 0.05$ ) y deseo de control y dominio ( $r = -0.239$ ;  $p < 0.05$ ), en todos los casos la relación es inversamente proporcional lo que nos indica que mejores habilidades sociales se asocian con una menor dependencia emocional y todas sus dimensiones.



## DISCUSIÓN

El ser humano es un ser social que tiende a reunirse en grupos y que depende físicamente y emocionalmente de estos durante toda su vida. Su comportamiento se explica en términos de vínculos e influencias sociales, por lo que casi todas las teorías psicológicas (Maslow, 1955; Harlow, 1958; Bowlby, 1969; Ainsworth, 1978) aluden a esta necesidad de unión con los demás como un componente básico desde el nacimiento.

Las habilidades sociales son aquellas aptitudes o destrezas necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo que permitan enfrentar eficazmente los retos y desafíos de la vida diaria, que óptimamente desarrolladas son fundamentales para disfrutar una vida saludable y feliz; ya que los seres humanos progresivamente aprenden competencias en las interacciones sociales lo que permite prevenir las conductas de riesgo y la detección precoz de conductas desadaptativas.

La adquisición de las diferentes capacidades y habilidades personales, necesarias para el establecimiento saludable de estos vínculos sociales; comprende tanto el afrontamiento exitoso de diversas etapas psicológicas como la existencia de condicionantes biológicos y sociales favorables para este proceso. La ausencia de un adecuado proceso de vinculación y consiguiente socialización, desencadena negativamente diversos trastornos mentales y psicopatologías de la personalidad que han sido contemplados por diversas investigaciones como principales factores cuales, mantenedores y/o concomitantes de diversos fenómenos y/o problemáticas sociales.

En nuestra investigación realizada con estudiantes, encontramos que la mayoría posee un nivel bajo de habilidades sociales; ello expresa la gran dificultad que tienen para interactuar espontáneamente en diferentes situaciones sociales, es decir, que su capacidad para expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de modo adecuado a la situación, así como su capacidad para entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, sobre todo de las otras personas, no se han aprendido adecuadamente o se hallan afectados; entendiéndose que las respuestas

emitidas por los jóvenes de ambos sexos son agresivas o pasivas; mientras que las respuestas socialmente habilidosas son escasas . Las diferencias en cuanto a género no son significativas.

Estos resultados son corroborados por los obtenidos por Calla & Uyuquipa (2014) quien encontró que las habilidades sociales que presentan los estudiantes presentan un nivel bajo que este grupo no poseen las capacidades necesarias para la interacción social. Otra investigación por Condori (2015) prevalece un nivel deficiente en Habilidades sociales en los estudiantes universitarios del distrito de Villa El Salvador.

Además señalan que en la interacción diaria, lo que la persona hace tiene consecuencias en los demás, quienes a su vez extinguen, castigan o refuerzan una conducta. Sin embargo un aspecto muy importante relacionado con el auto refuerzo es que la persona sea capaz de administrarse, ya que tanto su conducta como las consecuencias de ella constituyen información que retroalimenta a la persona.

Hay una serie de factores ambientales que son considerados como predisponentes para el aprendizaje de habilidades sociales, tales como los sistemas familiares condicionantes culturales, etc. (Hidalgo y Abarca, 1999).

Para Kelly (2000), el grado en que un determinado tipo de habilidad va a ser importante o funcional depende de la frecuencia con que la persona se encuentre en situaciones en las que es necesaria dicha habilidad. El fracaso de un individuo al mostrar conductas socialmente habilidosas en una determinada situación puede explicarse de distintas maneras: es posible que un determinado tipo de habilidad nunca se adquiera o haya sido aprendido inadecuadamente.

Las personas con déficit en cuanto a sus habilidades sociales muchas veces realizan autoevaluaciones pobres y distorsionadas, de las cuales suelen tener niveles de exigencia muy elevados y perfeccionista con respecto a la conducta social efectiva.

La importancia de la dependencia emocional como factor de vulnerabilidad de los trastornos, no niega una necesidad normal que tenemos como seres humanos de estar en contacto con otros, diversas investigaciones señalan que una dependencia patológica puede ser factor de riesgo para trastornos como la depresión, mientras que una necesidad normal está relacionada con calidez y valoración de las relaciones interpersonales (Lemos, Jaller, Gonzalez, Díaz, y De la Ossa, 2012)

Por otro lado, es útil considerar las dependencias interpersonales como una cualidad natural que poseen todos los individuos, en tanto se consideren una necesidad de vinculación interpersonal. Algunos individuos manifestarán niveles muy bajos; en cambio, otros mostrarán niveles muy altos de dependencia interpersonal. En todo caso, el nivel de dependencia interpersonal es excesivo cuando domina el comportamiento expresado por la persona en varios sitios, ocasionando malestar emocional o deterioro en la capacidad para funcionar en lugares sociales y laborales Overholser citado por Aiquipa (2012).

Con el fin de ser considerado un problema, las características de las dependencias interpersonales deben ser consideradas como rasgo de la personalidad desadaptativos. Los niveles elevados de dependencia interpersonal tienen que manifestarse de manera clara durante el periodo de desarrollo y ser relativamente estables a lo largo de la vida adulta. Sirvent y Moral citado por Aiquipa (2012).

En la muestra se obtuvo niveles bajos de Dependencia Emocional lo que conlleva a no experimentar temor a la ruptura de la relación, aceptando que la relación termine, sin presentar tendencia a reanudar la relación, enfocándose en sus actividades académicas y/o laborales sin aislarse de su entorno social. Tampoco manifiestan deseos de control y dominio a la pareja, respetando los intereses personales de cada uno.

Estos resultados no son corroborados con las diferentes investigaciones de Dependencia Emocional como los demuestra Condori (2015); Calla & Uyuquipa (2014) que obtuvieron en relación a la Dependencia emocional niveles moderados y altos.

Lemos y Londoño en el año 2006 realizaron la construcción y validación del Cuestionario de Dependencia Emocional en la población colombiana, con el propósito de construir y validar un instrumento para evaluar la dependencia emocional, en el que encontraron que existen diferencias individuales con relación al sexo; que estarían más relacionadas con el patrón cultural que percibe los comportamientos demandantes de afecto, así como el miedo a la soledad y tratar de conquistar, elogiar y mantener el centro de atención de la pareja.

En nuestra investigación no se encontraron diferencias entre varones y mujeres, nosotras planteamos que la sola pertenencia al género femenino no condiciona la aparición de la Dependencia Emocional, esta puede estar más relacionada con el temperamento, las carencias afectivas tempranas y el medio sociocultural en el que se desenvuelve la persona.

Así mismo, se planteó determinar qué relación existe entre los niveles de habilidades sociales y los niveles de dependencia emocional; según el análisis de los resultados observamos que en todos los casos la relación es inversamente proporcional lo que nos indica que mejores habilidades sociales se asocian con una menor dependencia emocional y todas sus dimensiones, confirmándose así la hipótesis de la presente investigación. Estos resultados son respaldados con los obtenidos en las siguientes investigaciones; la investigación titulada “Habilidades sociales y Dependencia Emocional en los estudiantes del quinto año de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf de la ciudad de Juliaca” Calla & Uyuquipa (2014) El análisis de correlación determina la existencia de una relación indirecta y significativa entre Habilidades sociales y Dependencia Emocional que presentan los estudiantes, encontrándose correlaciones significativas entre habilidades sociales y cada una de las dimensiones de Dependencia Emocional, en las dimensiones de ansiedad por separación, expresión afectiva de la pareja y modificación de planes presentan una correlación indirecta alta, mientras que las dimensiones expresión límite y búsqueda de atención presentan una correlación baja, pero significativa.

Otra investigación que avala los resultados es de Condori (2015) “Dependencia Emocional y Habilidades Sociales en estudiantes de una universidad particular de Villa El Salvador- Lima”; los resultados dieron que existe una correlación de magnitud moderada, directa y altamente significativa entre la Dependencia Emocional y Habilidades sociales en estudiantes universitarios del distrito de Villa El Salvador.

Berscheid y Walster (1979) citado por Blázquez (2009) desde enfoques psicosociales, afirman que el amor conyugal se cimenta en aquellas recompensas reales, del día a día, que se obtienen de permanecer en la relación Pastor (1994) citado por Blázquez (2009). Si entendemos estas recompensas o refuerzos por la capacidad de establecer relaciones sentimentales basadas en dar y recibir afecto en la pareja, nos encontramos con un nuevo déficit emocional susceptible de entrenamiento en el terreno interpersonal de la pareja. Por ello, las relaciones interpersonales necesitan la interacción recíproca entre dos o más personas que poseen la habilidad para comunicarse efectivamente, el escuchar, la solución de conflictos y la expresión auténtica de uno. A través de ellas, el individuo logra importantes refuerzos sociales del entorno más inmediato que favorecen su adaptación al mismo. De este modo las relaciones interpersonales juegan un papel fundamental en el desarrollo integral de cada persona.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA** : Las habilidades sociales en general obtuvieron un nivel bajo, interpretándose como un comportamiento no asertivo, presentando dificultades en expresar sus propias opiniones, sentimientos, expresar peticiones de lo que quieren hacia otras personas.

**SEGUNDA** : En cuanto a los niveles de Dependencia Emocional en general obtuvo un nivel bajo, lo que significa que la necesidad de vinculación afectiva a la pareja está presente pero en niveles funcionales.

**TERCERA** : Respecto a la correlación que existe entre los niveles de habilidades sociales y los niveles de dependencia emocional; según el análisis de los resultados obtuvimos, que la correlación es: inversamente proporcional lo que nos indica que mejores habilidades sociales se asocian con una menor dependencia emocional, confirmándose así la hipótesis de la presente investigación.

## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, recomendamos la necesidad de seguir profundizando respecto al tema de investigación, haciendo uso de otros instrumentos que faciliten la adquisición de otros resultados que puedan ser correlacionados con los nuestros; estas acciones enriquecerán aún más los conocimientos de los temas abordados.

**SEGUNDA:** Se debe efectuar acciones preventivas a nivel de instituciones educativas, universidades, institutos y centros de salud, buscando mejorar los niveles de habilidades sociales, implementando programas preventivos con la participación de padres, docentes y todos los profesionales del área de la salud como parte de la labor de la Psicología Comunitaria.

**TERCERA:** Se sugiere la prevención y detección de la dependencia emocional en los adolescentes y jóvenes aplicando programas psicosociales para disminuir los síntomas o primeros rasgos que pueden estar surgiendo como consecuencia de la dependencia emocional, bajo la asistencia de personal capacitado. En este caso el trabajo podría realizarse con los centros de salud más cercanos, pues muchos de ellos cuentan con profesionales de la salud mental.

## REFERENCIAS

- Agurendo, S., & Gomez, L. (2010). Asociacion entre estilos parentales y dependencia emocional.
- Alalú-de-los-Ríos, D. (2016). Dependencia emocional según la teoría de Jorge Castelló. Un estudio de caso.
- Arpi, C., Cristhian, D., Chipa, U., & David, J. (2017). Habilidades sociales y dependencia emocional en los estudiantes del quinto año de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf de la ciudad de Juliaca, 2014.
- Aiquipa, J. (2012). Diseño y Validación del Inventario de Dependencia Emocional – IDE. *Revista de Investigación en Psicología, Facultad de Psicología, UNMSM*, 15(1), 133-145.
- Bermejo Campos, B., & Fernández Batanero, J. M. (2010). Habilidades sociales y resolución de conflictos en centros docentes de Andalucía (España). *Revista Educación inclusiva*, 3(2), 65-76.
- Bernal, A. O. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento; un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2(2), 93-112.
- Betina Lacunza, A., & Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en humanidades*, 12(23).
- Blázquez Alonso, M., Moreno Manso, J. M., & García-Baamonde Sánchez, M. (2009). Inteligencia emocional como alternativa para la prevención del maltrato psicológico en la pareja. *Anales de psicología*, 25(2).
- Bowlby, J. (2005). *A secure base: Clinical applications of attachment theory* (Vol. 393). Taylor & Francis.
- Caballo, E., Vicente (2005) Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales. Editorial Siglo XXI de España. España



- Castelló, J. (2005). Dependencia emocional. Características y tratamiento. *España: Alianza Editorial SA*.
- Cubas, D., Espinoza, G., Galli, A., & Terrones, M. (2004). Intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes mujeres con Dependencia Afectiva. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 5 (2), 81-90.
- Damian, C., & Elizabeth, D. (2015). Dependencia emocional y habilidades sociales en estudiantes de una universidad particular de Villa el Salvador.
- Del Arco, N., & García, C. R. (2005). Habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Liberabit*, 11(11), 63-74.
- Gismero, E. (2000). EHS Escala de habilidades sociales. *Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada*.
- Goldstein, A. P., & Sprafkin, G. (1980). (1989) Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. *Un programa de enseñanza. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Barcelona. Martínez Roca*.
- Hidalgo, C., & Abarca, C. G. (1999). *Comunicación interpersonal: programa de entrenamiento en habilidades sociales*.
- Herrera de Amat, J. (2003) "Habilidades Sociales y dinámica familiar". UNSA
- Kelly, J. (2000). Entrenamiento de las habilidades sociales (6ta. Edición) versión española Susana del Viso. España. Editorial Desclée de Brouwer.
- Lemos Hoyos, M., & Londoño Arredondo, N. H. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta colombiana de psicología*, 9(2).
- León Rubio, J. y 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
- López, C., & Ramírez, M. (2005). Apego. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 6(1).

- Luque Ruiz de Somocursio, A. (2002) "Habilidades Sociales en la educación peruana". UNSA.
- Maslow, A. H. (1955). Motivation and personality. *Journal of Consulting Psychology*, 19(1), 77.
- Martínez, S. A. Izquierdo., & Gómez-Acosta, A. (2013). Dependencia afectiva: abordaje desde una perspectiva contextual. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7(1), 81.
- Monjas Casares, M.; González Moreno, B. y col. (1998) Las habilidades sociales en el currículo. Centro de Investigación y Documentación Educativa-CIDE, España, N° 146. Disponible en: [www.mec.es/cide/publicaciones/textos/col146/col146.htm](http://www.mec.es/cide/publicaciones/textos/col146/col146.htm)
- Prieto, M. D., Illán, N., & Arnáiz, P. (1995). Programas para el desarrollo de habilidades sociales (cap. 18). *Molina S. Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial*, 425-442.
- Reeve, J. (2003). Motivación y emoción México. *Campos, V. Trad.*), México, DF, México. McGraw-Hill. (Trabajo original publicado en 1997).
- Retana Franco, B. E., & Sánchez Aragón, R. (2005). Construcción y validación de una escala para medir adicción al amor en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en psicología*, 10(1).
- Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. ACDE.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., & Pérez, M. D. L. L. C. (1998). *Metodología de la investigación* (Vol. 1). México: McGraw-hill.
- Sirvent, C., & Moral, M. V. (2007). La dependencia sentimental o afectiva. In *Anales de Psiquiatría* (Vol. 23, No. 3, pp. 92-93).

**ANEXOS**

# **CASO N°1**

## HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

### ANAMNESIS

#### I. Datos de filiación

- Nombre : Y. A. M
- Edad : 10 años
- Sexo : Femenino
- Fecha de Nacimiento : 12 /09/2006
- Lugar de Nacimiento : Cocachacra
- Grado de instrucción : 4° grado de Primaria
- Ocupación : Estudiante
- Estado Civil : Soltera
- Informante : La paciente, la madre y la abuela paterna
- Lugar de evaluación : DEMUNA – Cocachacra
- Fecha de evaluación: : 26 de agosto del 2016
- Examinadora : Milagros Bautista Vivanco

#### II. Motivo de consulta

La paciente es traída por iniciativa de su abuela paterna, quien refiere que su nieta “no me hace caso” sobre los quehaceres de su cuarto por ejemplo arreglar su habitación, tender su cama, cambiarse de ropa cuando llega del colegio; también de no realizar sus tareas escolares cuando ella le pregunta: “¿Haz hecho tu tarea?”, ella le contesta “ya hice”, “no ha dejado tarea”, “me olvidé mi cuaderno”, la abuela muestra preocupación porque su nieta presenta bajo rendimiento escolar y tiene miedo que repruebe de nuevo el año escolar. Cuando ella, le llama la atención, su nieta se molesta, le refuta levantando la voz acompañado con un movimiento de los hombros. Así mismo, refiere que su nieta presenta constantes peleas con la hermana menor que en ocasiones, han llegado meterse la mano “ella le pega a su hermana y la otra le responde”, el motivo de las constantes peleas es que su hermana menor no le hace caso; cuando la paciente le dice para ser los quehaceres del hogar, o de venir rápido del

colegio hacia la casa, porque su hermana menor se queda jugando en el parque.

La abuela manifiesta “mis nietas no eran así, desde que se han ido a vivir con su mamá a Juliaca, han regresado con estos problemas”.

### **III. Historia de la enfermedad o del problema actual**

En la entrevista, la abuela paterna refiere que a mediados del año dos mil quince, los padres se separan por las constantes peleas existiendo en ocasiones violencia física y psicológica por ambos padres en presencia de sus menores hijos. La madre se lleva a sus tres menores hijos a la casa de su madre; la cual ella los deja a su cuidado porque la madre empezó a trabajar en la ciudad de Juliaca. La abuela materna no presentaba un rol protector, existía actos de permanente “agresión física y psicológica” hacia los menores; la paciente se encargaba del cuidado de sus hermanos, había ocasiones que ella no asistía al colegio, presentando un bajo rendimiento lo que conlleva a repetir el cuarto año de primaria; estos hechos llegan a los oídos de su abuela paterna; ella le increpa estas acciones, decide llevárselas a vivir con ella y con el padre de las menores. La madre regresa al distrito de Cocachacra sabiendo los hechos, ofuscada empieza a pelear con la abuela paterna y su ex cuñada “que ella no tiene ningún derecho de llevárselos a sus hijos”; ellas le explican la situación de las menores pero su actitud era desafiante y de negación.

La decisión de la madre es llevárselos a la ciudad de Juliaca refiriendo que ahí iban a estudiar los menores. En su estadía, la paciente mostraba una conducta de rechazo hacia la madre refiriendo estos hechos con tristeza y llanto “mi mamá mucho me grita”, “me decía que maldice mi nacimiento”, “por mi culpa no puede trabajar”, “me pega”, “quiere que cuide a mis hermanitos”, “me deja sola con ellos” y “mi hermana la Yasuri no me hace caso”, “me hace renegar”, “no me quiere ayudar en hacer las cosas”, a la paciente le molesta que su madre se vaya a trabajar todas las noches dejándolas solas; “no me gusta que mi mamá se arregle mucho para ir a trabajar”, “mi mamá tiene muchos cosméticos”, “no me gusta

que venga con sus amigos". En varias oportunidades su madre venía acompañada de amigos, que se dedicaban a beber bebidas alcohólicas hasta tempranas horas de la mañana.

En una madrugada su hermano Jean Pieer de dos años empieza a llorar desconsoladamente porque tenía hambre y le dolía su estómago; la actitud de la paciente es de desesperación, de cólera porque no venía su mamá; empieza a pegarle a su hermano. Su hermana Yasuri de ocho años le cuenta a su mamá sobre este hecho; la madre decide llevarlas con su padre; aduciendo que no puede hacer sus cosas, y que él se hiciera cargo de sus hijos.

La paciente regresa a Cocachacra a mediados del mes de marzo, retrasando el inicio de clases del año dos mil dieciséis. La abuela paterna refiere que cuando la paciente regresó, denotaba una conducta irrespetuosa y contestona hacia la familia paterna, había muchas peleas con su hermana menor, no hace caso con sus quehaceres. Por otro lado, la presencia del padre es ausente por el trabajo que realiza en la chacra, sin embargo, la paciente se apega al padre, se preocupa por él; cuando él no viene a dormir a la casa, lo llama insistente, pregunta por él a su abuela.

#### **IV. Antecedentes personales y familiares**

##### **A. Periodo de desarrollo**

###### **a) Etapa prenatal**

La madre refiere que su embarazo no fue planificado ni deseado, durante su gestación no presentó ninguna enfermedad, ni complicaciones físicas su estado emocional de la madre era de tristeza y de preocupación por problemas económicos, asistía regularmente a sus controles.

###### **b) Etapa natal**

El parto fue natural, no presentó complicaciones nació a los 9 meses, pesando 3 kilos 250 gramos, con una talla de 50 cm. Presentando una coloración normal al momento de

nacer, también presentó los reflejos incondicionados de succión, de llanto y darwiniano.

#### **c) Etapa post natal**

Durante los primeros años de vida, la paciente no presentó problemas en su desarrollo general.

En cuanto a su desarrollo psicomotriz; a los 3 meses levantó la cabeza, a los 6 meses se sienta sin ayuda, gateó con normalidad, dio sus primeros pasos al año con 2 meses. Empezó a balbucear a los 9 meses, al año dio sus primeras palabras: “mamá”, “papá”. En cuanto al control de esfínteres no tuvo problemas. Su alimentación en los primeros años de vida fue a base de leche materna y apoyada con leche en polvo.

En cuanto a su sociabilidad no tuvo problemas para ello, interactuó con normalidad con sus pares, participando en los juegos y otras actividades.

No tiene problemas en cuanto al sueño ya que duerme las horas adecuadas, es una niña relativamente independiente, se alimenta sin ayuda, se asea y viste solo.

#### **d) Etapa escolar**

La paciente inicia su etapa escolar a los 3 años de edad en el distrito de Cocachacra, no presentó ningún inconveniente en su adaptación al contexto escolar.

A la edad de 6 años ingresa al nivel primario presenta algunas dificultades como la adquisición de la lectura y escritura de una forma lenta refiere la abuela paterna, la paciente ha repetido el cuarto año de primaria por ausentismo escolar y bajo rendimiento porque la madre empezó a trabajar en la ciudad de Juliaca viniendo por temporadas, dejándolos al cuidado de su abuela materna; la cual no se preocupaba por asistencia de sus nietas a la



institución educativa. La segunda ocasión fue cuando la madre la llevó a la ciudad de Juliaca, retrasando el inicio de clases del año dos mil dieciséis.

Al finalizar el horario escolar la paciente no recibe refuerzo académico, menciona llevarse bien con sus compañeras y compañeros de salón, estableciendo relaciones de juego y compartir con ellos actividades de recreación, confraternidad y académicas.

**e) Desarrollo y función sexual**

Denota diferenciación entre hombres y mujeres, hasta el momento de la evaluación no manifiesta problemas en su desarrollo psicosexual, reconoce y mantiene su identidad femenina, presenta agrado por el sexo opuesto.

**f) Historia de la recreación y de la vida**

A la paciente le gusta correr, jugar vóley, montar bicicleta o cualquier otro deporte, también le gusta jugar a la muñecas con su hermana o juegos de roles, le gusta mirar televisión, se distrae mirando videos en internet. Le gusta asistir a los parques infantiles comparte y colabora en las actividades.

**g) Hábitos e influencias nocivas o tóxicas**

En cuanto en sus actividades cotidianas coopera con los quehaceres de casa cuando se le insiste constantemente, no tiene iniciativa propia de hacer su tarea pero las realiza bajo supervisión de su tía. Cuida de su aseo y arreglo personal con vanidad.

**V. Antecedentes mórbidos personales**

**A. Enfermedad y Accidentes**

Por referencia de la abuela paterna la menor no ha presentado enfermedades graves, caídas fuertes ni hospitalizaciones.

## **VI. Antecedentes familiares**

### **A. Composición familiar**

La familia con la que vive actualmente está compuesta por siete miembros: los cuales son su padre de 33 años que se dedica en la actividad agrícola como cargador de papa, o de irrigador de chacra; que le demandan estar todo el día fuera de casa, su abuela paterna de 65 años que se dedica también en actividades agrícola, tiene dos hermanos; su hermana de ocho años que es estudiante y su hermano menor de dos años que esta al cuidado de su abuela paterna. Su tía paterna convive con su pareja, tienen un hijo de ocho años; las relaciones de convivencia con ellos es adecuada. La madre de 28 años no está presente en el hogar.

### **B. Dinámica familiar**

La dinámica familiar es inadecuada porque entre los miembros de familia no resuelven los problemas en conjunto, no respetan acciones o actividades de cada miembro. No hay una buena comunicación de pareja ya que se separan y regresan en la convivencia afectando el desarrollo integral de la menor. Por otro lado, la relación que tiene con la abuela paterna es adecuada se refiere hacia ella con expresiones de cariño, hacia sus hermanos denota también estima y aprecio hacia ellos.

### **C. Condición socioeconómica**

La paciente vive en una zona rural, la vivienda es de condición propia, construida con material noble, cuenta con todo los servicios básicos, cuenta con varios ambientes sin hacinamiento.

Tanto la abuela como el padre aportan para el sustento económico del hogar, no hay carencias significativas en la educación, viviendo y/o alimento.

### **D. Antecedentes patológicos**

No registra antecedentes patológicos

## **VII. Resumen**

Durante los primeros años de vida, no presentó problemas en su desarrollo general. En cuanto a su sociabilidad no tuvo problemas para ello, interactuó con normalidad con sus pares, participando en los juegos y otras actividades.

No tiene problemas en cuanto al sueño ya que duerme las horas adecuadas, es una niña independiente, se alimenta sin ayuda, se asea y viste sola, cuida a sus hermanos menores. A la edad de 6 años ingresa al nivel primario, la paciente ha tenido interrupciones en el desarrollo de sus clases porque la madre empezó a trabajar fuera de la ciudad, la cual ella dejaba al cuidado de su madre, presentando bajo rendimiento escolar. La segunda ocasión fue cuando la madre los llevo a la ciudad de Juliaca, retrasando el inicio de clases del año dos mil dieciséis. En su estadía, la paciente mostraba una conducta de rechazo hacia la madre “mi mamá mucho me grita y me pega, quiere que cuide a mis hermanitos, me deja sola con ellos”. La abuela paterna refiere que cuando la paciente regresó, denotaba una conducta irrespetuosa y contestona hacia la familia paterna. Ya que, la progenitora los dejó al cuidado de su padre, la dinámica familiar es inadecuada porque entre los miembros de familia no resuelven los problemas en conjunto, no respetan acciones o actividades de cada miembro. No hay una buena comunicación de pareja ya que se separan y regresan en la convivencia afectando el desarrollo integral de la menor.

.....

Bachiller en Psicología  
Milagros Bautista Vivanco

## **EXAMEN MENTAL**

### **I. Datos de filiación**

- Nombre : Y. A. M.
- Edad : 10 años
- Sexo : Femenino
- Fecha de Nacimiento : 12/09/2006
- Lugar de Nacimiento : Cocachacra
- Grado de instrucción : 4° grado de Primaria
- Ocupación : Estudiante
- Estado Civil : Soltera
- Informante : La paciente
- Lugar de evaluación : DEMUNA – Cocachacra
- Fecha de evaluación: : 26 de agosto del 2016
- Examinadora : Milagros Bautista Vivanco

### **II. Porte, comportamiento y actitud**

La paciente aparenta su edad que refiere, es de tez mestiza; de estatura regular y contextura delgada, de ojos grandes de color negro, de cabello largo, lacio y negro; su arreglo y aseo personal son adecuados, es de postura erguida, su marcha es rápida. En cuanto a la entrevista, se mostró atenta, colaboradora y participativa. Su actitud hacia el examinador fue adecuado, de confianza y colaboración.

### **III. Exploración de los procesos cognoscitivos**

#### **• Conciencia, atención y orientación**

Se encuentra en estado de vigilia y alerta respondiendo así a muestras interrogantes con respuestas coherentes.

Predomina la atención involuntaria, ya que se distrae fácilmente, a pesar que estaba pendiente de las evaluaciones que se realizaron y no mostró fatiga.

En tanto en la orientación, reconoce las fechas, el día, mes, año en que ella se encuentra. En espacio, logra ubicar en el espacio de los

objetos, diferencia las direcciones arriba ya bajo, en adelante – detrás y del mismo modo sabe dónde vive; reconoce bien su derecha e izquierda en tanto en persona, reconoce su nombre y a las demás personas.

- **Lenguaje**

El lenguaje comprensivo se encuentra conservado, ya que comprende material verbal simple y complejo; su lenguaje expresivo se encuentra conservado, su articulación y ritmo del habla son adecuados, de curso lento, claro, comprensible y con la cantidad necesario para mantener un dialogo.

- **Pensamiento**

Su pensamiento es de curso y contenido adecuado, realiza procesos de análisis y síntesis, no muestra déficit en cuanto a información general y cálculo mental.

- **Memoria**

La memoria de la paciente se encuentra conservada, no presenta dificultad lo que es memoria remota y reciente, ya que es capaz de recordar o evocar hechos pasados ya actuales como son aspectos de su identidad personal, fechas importantes o edad de hermanos y primos.

- **Percepción**

Reconoce y discrimina los estímulos táctiles, visuales y auditivos; al igual que, los estímulos térmicos y dolorosos. En cuanto a sus percepción visual; la capacidad de discriminar formas y colores; así con el reconocimiento de objetos están conservados; su discriminación hacia los ruidos y al escuchar su nombre u otras indicaciones capta con normalidad.

- **Funcionamiento intelectual**

Presenta una capacidad intelectual normal. Posee conocimientos generales que los evoca sin dificultad, es capaz de realizar operaciones aritméticas simples; no presenta dificultad en

reconocer semejanzas y diferencias; comprensión de frases y conceptos adecuados.

- **Estado de ánimo y efectos**

Se demuestra por lo general tranquila en algunas ocasiones sonríe, refiere tener amigas y amigos, le gusta arreglarse mucho como peinarse, pintarse las uñas, se divierte mucho en las actividades que ella realiza.

- **Comprensión y grado de incapacidad del problema o enfermedad**

La paciente es consciente que tiene problema con su familia y de sus conductas manifestando que está mal lo que hace.

#### **IV. Resumen**

La paciente aparenta su edad que refiere en cuanto a la entrevista; en un principio se mostró atento y colaborador, sin embargo al contar porque venía a la consulta, empezó a llorar al tratar de querer trabajar con él, manifestó conductas retraídas, temerosas, se paró la entrevista en ese momento. La actitud hacia el examinador fue adecuado, de confianza y colaboración. Se encuentra en estado de vigilia y alerta respondiendo así a muestras interrogantes con respuestas coherentes. Predomina la atención involuntaria, ya que se distrae fácilmente, a pesar que estaba pendiente de las evaluaciones que se realizaron y no mostro fatiga. En tanto en la orientación, reconoce las fechas, el día, mes, año en que él se encuentra. El lenguaje comprensivo y expresivo se encuentra conservados.

Su pensamiento es de curso y contenido adecuado, realiza procesos de análisis y síntesis, no muestra déficit en cuanto a información general y cálculo mental. Presenta una capacidad intelectual normal. Posee conocimientos generales que los evoca sin dificultad, es capaz de realizar

operaciones aritméticas simples; no presenta dificultad en reconocer semejanzas y diferencias; comprensión de frases y conceptos adecuados.

La paciente es consciente que tiene problema con su familia y de sus conductas manifestando que está mal lo que hace.

.....

Bachiller en Psicología  
Milagros Bautista Vivanco

# INFORME PSICOMÉTRICO

## I. Datos de filiación

- Nombre : Y. A. M.
- Edad : 10 años
- Sexo : Femenino
- Fecha de Nacimiento : 12/09/2006
- Lugar de Nacimiento : Cocachacra
- Grado de instrucción : 4° grado de Primaria
- Ocupación : Estudiante
- Estado Civil : Soltera
- Informante : La paciente
- Lugar de evaluación : DEMUNA – Cocachacra
- Fecha de evaluación: : 26 de agosto del 2016
- Examinadora : Milagros Bautista Vivanco

## II. Motivo de consulta

La paciente es traída por iniciativa de su abuela paterna, quien refiere que su nieta “no me hace caso” sobre los quehaceres de su cuarto por ejemplo arreglar su habitación, tender su cama, cambiarse de ropa cuando llega del colegio; también de no realizar sus tareas escolares cuando ella le pregunta: “¿Haz hecho tu tarea?”, ella le contesta “ya hice”, “no ha dejado tarea”, “me olvidé mi cuaderno”, la abuela muestra preocupación porque su nieta presenta bajo rendimiento escolar y tiene miedo que repruebe de nuevo el año escolar. Cuando ella, le llama la atención, su nieta se molesta, le refuta levantando la voz acompañado con un movimiento de los hombros. Así mismo, refiere que su nieta presenta constantes peleas con la hermana menor que en ocasiones, han llegado meterse la mano “ella le pega a su hermana y la otra le responde”, el motivo de las contantes peleas es que su hermana menor no le hace caso; cuando su nieta le dice para ser lo quehaceres del hogar, o de venir



rápido del colegio hacia la casa, porque su hermana menor se queda jugando en el parque.

La abuela manifiesta “mis nietas no eran así, desde que se han ido a vivir con su mamá a Juliaca, han regresado con estos problemas”.

### **III. Observaciones generales de la conducta**

La paciente se mostró atenta y colaboradora en los reactivos que se le formularon, a pesar de que hubieron ocasiones en que se distraía, no tuvo dificultades con las indicaciones; no mostró fatiga, por lo general no se le tuvo que repetir las preguntas. Durante el desarrollo de las pruebas no muestra dificultades, las realiza voluntariamente, puede desenvolverse adecuadamente, frente a las dudas que surgen la expresa con seguridad

La actitud hacia el examinador fue adecuada; se estableció un rapport.

### **IV. Instrumentos utilizados**

- ✓ Pruebas psicológicas
  - Test de matrices progresivas Raven
  - Test Gestáltico Visomotor de Bender
  - Test Proyectivo de la Figura Humana D.F.H
  - Test de la Familia

### **Interpretación de los instrumentos**

#### **✓ Test de Matrices Progresivas Raven**

##### **▪ Análisis cuantitativo**

<b>Total de aciertos</b>	29
<b>Percentil</b>	75
<b>Rango</b>	II
<b>C.I</b>	Término medio

En cuanto a la forma de trabajo, es rápida, intuitiva y se mostró poco distraída. La paciente presenta un C.I de 92, que se encuentra al término medio o promedio, lo cual indica que posee la capacidad para asimilar, entender y elaborar información para posteriormente utilizarla.

✓ **Test Gestáltico Visomotor Bender**

▪ **Análisis cuantitativo**

– **Diagnóstico de la madurez de la percepción visomotora**

Números de errores: 7

Diagnóstico: El puntaje obtenido está a más de dos desviaciones estándar por debajo del puntaje normativo para su grupo de edad. Esto indica una inmadurez en la percepción visomotora. Su nivel de funcionamiento en la percepción visomotora se parece al de un niño de 6 años y medio.

– **Diagnóstico de madurez en escolaridad**

Numero de errores: 7

Diagnóstico: 1er.grado

La niña presenta su madurez en escolaridad 1ro.

Grado, no estando de acuerdo al grado de estudios en que se encuentra.

– **Diagnóstico de indicadores de lesión cerebral**

Podría existir una sospecha de lesión orgánica cerebral, estos resultados hay que verificar con otras pruebas.

**Indicadores emocionales**

**Tiempo:** 07 minutos

**Tiempo límite:** 6-30 minutos

**Tiempo máximo:** 8 minutos

Hay presencia de problemas emocionales asociados con impulsividad y agresividad como una forma de descargar sus impulsos hacia afuera, manifestando bajo tolerancia hacia la frustración.

✓ **Test Proyectiva de la Figura Humana D.F.H**

▪ **Análisis cualitativo**

La prueba nos indica que la paciente presenta una marcada expresión hacia la ansiedad, inseguridad y angustia por el

ambiente amenazador que le brinda especialmente los padres, caracterizándose por tener una actitud socialmente agresiva inclinado hacia la agresión verbal generando arranques de mal humor. Se encuentra envuelta en función a sus relaciones sociales, teniendo una participación social pero con respuestas reprimidas, generando en ella timidez y evasión hacia sus contactos sociales.

#### ✓ **Test de la Familia**

##### ▪ **Análisis cualitativo**

Se detecta la presencia de conflictos emocionales como angustia, ansiedad y miedo reflejándose en una actitud de agresividad ante las presiones ambientales hacia su realidad pero en ocasiones quisiera huir, buscando satisfacciones en la fantasía o en la imaginación.

Denota distanciamiento emocional entre los personajes de la propia familia, manifestando un distanciamiento físico aún más con los padres; un posible problema de comunicación con los padres generando una probable desvinculación afectiva hacia ellos. Existiendo una desvalorización hacia la conducta de la madre.

La paciente se identifica como una persona afectuosa y de gran sensibilidad; predomina y valoriza a sus hermanos que en los propios padres.

#### **V. Resumen**

En cuanto a la forma de trabajo, es rápido, intuitivo y se mostró poco distraído. El menor presenta un C.I:92 al término medio puede enfrentar y resolver problemas. Presencia de timidez, inseguridad, miedo, inmadurez emocional y tendencia hacia la ansiedad, trazos rígidos equivalente a la defensa contra lo reprimido y/o contra un ambiente amenazador; fuerte tendencia a la participación social pero reprimida; individuo evasivo en cuanto al carácter de sus relaciones interpersonales, falta de confianza en sí mismo y en sus contactos sociales, una marcada expresión hacia la agresión. El emplazamiento representa el mundo

de las ideas, la fantasía y lo espiritual huyendo de la realidad, buscando satisfacciones en la fantasía, existencia de conflictos emocionales la angustia, ansiedad reflejada en una descarga de agresividad, presenta distanciamiento emocional entre los personajes de la propia familia, se proyecta una distancia física existente entre los mismos La presión del lápiz es débil, tendencia hacia la introversión. La paciente presenta existencia de una mayor identificación de temor; supresión de rasgos faciales refleja algún tipo de perturbación en las relaciones interpersonales, proyecta una percepción de los vínculos afectivos hacia los padres.

.....

Bachiller en Psicología  
Milagros Bautista Vivanco

## **INFORME PSICOLÓGICO**

### **I. Datos de filiación**

- Nombre : Y. A. M.
- Edad : 10 años
- Sexo : Femenino
- Fecha de Nacimiento : 12/09/2006
- Lugar de Nacimiento : Cocachacra
- Grado de instrucción : 4° grado de Primaria
- Ocupación : Estudiante
- Estado Civil : Soltera
- Informante : La paciente y Su abuela paterna
- Lugar de evaluación : DEMUNA – Cocachacra
- Fecha de evaluación: : 26 de agosto del 2016
- Examinadora : Milagros Bautista Vivanco

### **II. Motivo de consulta**

La paciente es traída por iniciativa de su abuela paterna, quien refiere que su nieta “no me hace caso” sobre los quehaceres de su cuarto por ejemplo arreglar su habitación, tender su cama, cambiarse de ropa cuando llega del colegio; también de no realizar sus tareas escolares cuando ella le pregunta: “¿ Has hecho tu tarea?”, ella le contesta “ya hice”, “no ha dejado tarea”, “me olvidé mi cuaderno”, la abuela muestra preocupación porque su nieta presenta bajo rendimiento escolar y tiene miedo que repruebe de nuevo el año escolar. Cuando ella, le llama la atención, su nieta se molesta, le refuta levantando la voz acompañado con un movimiento de los hombros. Así mismo, refiere que su nieta presenta constantes peleas con la hermana menor que en ocasiones, han llegado meterse la mano “ella le pega a su hermana y la otra le responde”, el motivo de las contantes peleas es que su hermana menor no le hace caso; cuando su nieta le dice para ser lo quehaceres del hogar, o de venir

rápido del colegio hacia la casa, porque su hermana menor se queda jugando en el parque.

La abuela manifiesta “mis nietas no eran así, desde que se han ido a vivir con su mamá a Juliaca, han regresado con estos problemas”.

### **III. Técnicas e instrumentos utilizados**

- ✓ Observación
- ✓ Entrevista
- ✓ Pruebas psicológicas
  - Test de matrices progresivas Raven
  - Test Gestáltico Visomotor de Bender
  - Test Proyectivo de la Figura Humana D.F.H.
  - Test de la Familia

### **IV. Antecedentes personales y familiares**

Durante los primeros años de vida, no presentó problemas en su desarrollo general. En cuanto a su sociabilidad no tuvo problemas para ello, interactuó con normalidad con sus pares, participando en los juegos y otras actividades. No tiene problemas en cuanto al sueño ya que duerme las horas adecuadas, es una niña independiente, se alimenta sin ayuda, se asea y viste sola, en ocasiones cuida a sus hermanos menores. A la edad de 6 años ingresa al nivel primario presenta algunas dificultades como la adquisición de la lectura y escritura de una forma lenta refiere la abuela paterna, la paciente ha repetido el cuarto año de primaria por ausentismo escolar y bajo rendimiento porque la madre empezó a trabajar en la ciudad de Juliaca, dejándolos al cuidado de su abuela materna; la cual no se preocupaba por asistencia de sus nietas a la institución educativa.

En su estadía, la paciente mostraba una conducta de rechazo hacia la madre refiriendo estos hechos con tristeza y llanto “mi mamá mucho me grita”, “me decía que maldice mi nacimiento”, “por mi culpa no puede trabajar”, “me pega”, “quiere que cuide a mis hermanitos”, “me deja sola con ellos” y “mi hermana la Yasuri no me hace caso”, “me hace renegar”, “no me quiere ayudar en hacer las cosas a la paciente le molesta que su madre se vaya a trabajar todas las noches dejándolas solas; “no me gusta

que mi mamá se arregle mucho para ir a trabajar ", "mi mamá tiene muchos cosméticos", "no me gusta que venga con sus amigos". En varias oportunidades su madre venía acompañada de amigos, que se dedicaban a beber bebidas alcohólicas hasta tempranas horas de la mañana.

En una madrugada su hermano Jean Pieer de dos años empieza a llorar desconsoladamente porque tenía hambre y le dolía su estómago; la actitud de la paciente es de desesperación, de cólera porque no venía su mamá; empieza a pegarle a su hermano. Su hermana Yasuri de ocho años le cuenta a su mamá sobre este hecho; la madre decide llevarlas con su padre; aduciendo que no puede hacer sus cosas, y que él se hiciera cargo de sus hijos.

La paciente regresa a Cocachacra a mediados del mes de marzo, retrasando el inicio de clases del año dos mil dieciséis. La abuela paterna refiere que cuando la paciente regresó, denotaba una conducta irrespetuosa y contestona hacia la familia paterna, había muchas peleas con su hermana menor, no hace caso con sus quehaceres. Por otro lado, la presencia del padre es ausente por el trabajo que realiza en la chacra, sin embargo, la paciente se apega al padre, se preocupa por él; cuando él no viene a dormir a la casa, lo llama insistente, pregunta por él a su abuela. Por otro lado, la relación que tiene con la abuela paterna es adecuada se refiere hacia ella con expresiones de cariño, hacia sus hermanos denota también estima y aprecio hacia ellos.

#### **V. Observaciones general y de la conducta**

La paciente presenta niveles normales de atención, lucido, orientado en tempo, espacio y persona, se puede apreciar que presenta un pensamiento de curso normal, aunque se muestra en ocasiones distraída pero no tuvo dificultades con las indicaciones. Su lenguaje es comprensible, coherente, su articulación y ritmo del habla son adecuados, de curso lento, claro, comprensible y con la cantidad necesario para mantener un dialogo. Se demuestra por lo general tranquila, en algunas ocasiones sonríe, pero al recordar hechos sobre la

problemática con su madre denota tristeza, preocupación sobre la relación de sus padres.

La paciente es consciente que tiene problema con su familia y de sus conductas manifestando que está mal lo que hace.

## **VI. Análisis e interpretación de los resultados**

La paciente presenta un C.I de 92, que se encuentra al término medio o promedio, lo cual indica que posee la capacidad para asimilar, entender y elaborar información para posteriormente utilizarla; sin embargo, presenta una percepción visomotora inmadura equivalente a una niña de seis años y cinco meses. Su nivel de desempeño escolar no está de acuerdo con su nivel de madurez perceptual, posibles indicadores de lesión cerebral. La paciente presenta una marcada tendencia hacia la ansiedad, inseguridad y angustia por el ambiente amenazador que le brinda especialmente los padres, por las constantes peleas entre ellos, en ocasiones quisiera huir; buscando satisfacciones en la fantasía o en la imaginación de desear una familia sin problemas. La paciente se caracteriza por tener una actitud socialmente agresiva inclinada hacia la agresión verbal generando arranques de mal humor, estas conductas repercuten la relación que tiene con su hermana menor y su abuela, en su participación social denota temor, timidez y miedo al equivocarse ante una respuesta social prefiriendo tener actitudes reprimidas hacia su entorno.

Se detecta la presencia de conflictos emocionales en la familia demostrándose en un distanciamiento emocional entre los personajes de la propia familia, persistiendo un problema de comunicación con los padres generando una desvinculación afectiva hacia ellos. La paciente presenta un distanciamiento físico aún más con los padres; pero no con los hermanos, ya que predomina y los valoriza.

## **VII. Diagnostico**

Paciente con un coeficiente intelectual de 92 ubicándola en un nivel intelectual promedio, posible daño o lesión cerebral. Presenta un inadecuado soporte emocional con respecto al ambiente amenazador



que le brinda los padres, repercutiendo en ella en su desempeño y rendimiento académico, ya que existe una inmadurez en su percepción visomotora; se detecta que la paciente manifiesta una marcada tendencia hacia la ansiedad, inseguridad, irritabilidad, desvalorización de su autoconcepto, poca tolerancia a la frustración generando arranques de mal humor inclinándose en ocasiones a respuestas agresivas verbales en situaciones estresantes.

De acuerdo a la entrevista, observación y evaluaciones efectuadas se llegó a la conclusión de que la paciente presenta un Trastorno Disocial desafiante y oposicionista (F91.3)

#### **VIII. Pronóstico**

Favorable, siempre y cuando se suministre un apoyo ambiental adecuado, modificando las condiciones de convivencia familiar.

#### **IX. Recomendaciones**

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia familiar
- Psicoeducación a la paciente y a la familia: para brindar información actualizada con la finalidad de lograr una mayor comprensión de las dificultades de la niña.
- Actividades de la vida diaria: promover la adquisición de habilidades sociales necesarias para un desenvolvimiento para su vida cotidiana, mediante sesiones como valoración de su estima, favorecer su orientación a la realidad social, uso del tiempo libre y ocupación.
- Se recomienda realizar otra evaluación sobre la madurez de la percepción visomotora.

.....

Bachiller en Psicología  
Milagros Bautista Vivanco

## **PLAN PSICOTERAPÉUTICO**

### **I. Datos de filiación**

- Nombre : Y. A. M.
- Edad : 10 años
- Sexo : Femenino
- Fecha de Nacimiento : 12/09/2006
- Lugar de Nacimiento : Cocachacra
- Grado de instrucción : 4° grado de Primaria
- Ocupación : Estudiante
- Estado Civil : Soltera
- Informante : Su abuela paterna
- Lugar de evaluación : DEMUNA – Cocachacra
- Fecha de evaluación: : 26 de agosto del 2016
- Examinadora : Milagros Bautista Vivanco

### **II. Diagnostico**

Paciente con un coeficiente intelectual de 92 ubicándola en un nivel intelectual promedio, posible daño o lesión cerebral. Presenta un inadecuado soporte emocional con respecto al ambiente amenazador que le brinda los padres, repercutiendo en ella en su desempeño y rendimiento académico, ya que existe una inmadurez en su percepción visomotora; se detecta que la paciente manifiesta una marcada tendencia hacia la ansiedad, inseguridad, irritabilidad, desvalorización de su autoconcepto, poca tolerancia a la frustración generando arranques de mal humor inclinándose en ocasiones a respuestas agresivas verbales en situaciones estresantes.

De acuerdo a la entrevista, observación y evaluaciones efectuadas se llegó a la conclusión de que la paciente presenta un Trastorno Disocial desafiante y oposicionista (F91.3)

### **III. Objetivo general**

- ✓ Incrementar y fortalecer su autoestima trabajar en el reconocimiento de su identidad y autoconcepto en desarrollo
- ✓ Lograr que la menor tenga mayor tolerancia a la frustración, controle su impulsividad y reducir sus conductas agresivas.
- ✓ Promover habilidades sociales de acuerdo a sus relaciones interpersonales, donde prime la empatía y el respeto.
- ✓ Potencializar y reforzar sus habilidades en diversas actividades
- ✓ Mejorar el sistema dinámico familiar de la menor

### **IV. Técnicas terapéuticas**

#### **Terapia lúdica**

Esta terapia se basó principalmente en el juego, pintura libre y espontaneo de la paciente, poniendo a su alcance útiles atrayentes como lápices de colores, acuarelas, plumones, pinceles, etc. Desarrollando la creatividad y expresividad de sus sentimientos y actitudes, así como su seguridad y el incremento de su autoestima a través del reforzamiento positivo mediante el elogio en la realización de estas actividades. Todo ello dentro de un ambiente de armonía y permisividad, para favorecer la autorrealización potencial de la niña. También se tomó en cuenta principalmente las actividades lúdicas de interés para la niña. Posteriormente se fue estimulando un juego cooperativo con la participación de los hermanos.

#### **Modificación de conducta**

Se utilizó el tratado de contingencias, donde se le indica a la paciente por cada acción positiva que realicé obtendrá consecuencia beneficiosas, como cumplir con sus responsabilidades que le permitirá tener permiso para ir a jugar al parque.

#### **Habilidades sociales**

Consiste en brindar a la paciente información, sobre el contenido y la importancia de sus habilidades sociales para beneficiarse con el aprendizaje de estas y poder desarrollar las habilidades sociales

necesarias indispensables para una vida adecuada mediante videos didácticos.

### **Mejorar sus relaciones interpersonales**

Se le empieza explicando a la paciente que cuando se trata mal a las personas; crea conflictos, tristeza y puede causar daños propios y a los demás. Poniendo ejemplos como el modelamiento. Se sugiere ciertas instrucciones a la menor que debe seguir para el trato con su hermana menor.

### **Importancia de escuchar**

Se le propone a la menor la importancia de la escucha activa para comprender, lo agradable que es ser escuchada o atendida, eso le da mayor claridad frente a sus dudas y seguridad en sus acciones, se le brinda la importancia de la forma como debe hablar, escuchar, mirar y responder . Se realizan algunos ejercicios y ejemplos mediante la ayuda de videos.

### **Terapia familiar**

Brindar orientación psicológica al padre y familiares que están en mayor contacto con la paciente, con la finalidad de lograr una mayor comprensión de las dificultades de la niña.

Se establecieron reglas disciplinarias para ser cumplidas por todos los miembros de familia, tanto niños como adultos remarcando que dichas reglas, deberían ser mantenidas con firmeza; así como horario flexibles para el estudio y los juegos.

Se estimuló al padre que se dedique más tiempo hacia sus menores hijos, que incremente sus demostraciones de afecto y de cariño, también usar en práctica elogios y felicitaciones frente a sus comportamientos aceptables para el desarrollo de su autoestima y la confianza.

## **V. Tiempo de ejecución**

Las acciones terapéuticas, se llevaron a cabo en el lapso de 3 meses distribuidos en 20 sesiones. Una vez concluida la evaluación, se procedió

a iniciar el plan terapéutico, con el fin de cumplir con los objetivos planteado.

El primer mes de trabajo se llevó a cabo 3 sesiones por semana, siendo los lunes, miércoles y jueves, los días utilizados.

El segundo mes se redujeron por 2 sesiones semanales, los lunes y miércoles. El tercer mes se disminuyó en sola sesión, siendo el miércoles las terapias. Estos fueron realizados en el hogar y el servicio de psicología.

## **VI. Avances psicoterapéuticos**

- ✓ Se logró que la paciente adquiriera un patrón de conductas deseadas y disminuye las conductas negativas, se presenta más responsable en sus deberes escolares.
- ✓ Se aumentó su autoestima ya que actualmente se considera parte importante de la familia y es consciente de sus posibilidades y de las consecuencias que sus actos negativos podrían acarrear.
- ✓ Se puede observar una ligera disminución de su agresividad logrando un mejor autocontrol.
- ✓ Se incrementó su rendimiento académico, cumple más con sus tareas, tiene más iniciativa en la actividad escolar.
- ✓ Se logró concientizar al padre respecto a la influencia de factores conflictivos en la interacción familiar, que afectan negativamente en el desarrollo de la paciente.

.....

Bachiller en Psicología  
Milagros Bautista Vivanco

NOMBRE: Y.A.M SEXO: Femenino  
 FECHA EXAMEN: 25/09/2016 C.E.:  
 FECHA NACIMIENTO: 12/09/2006 GRADO: 4º grado de Primaria  
 EDAD CRONOLÓGICA: 10 años DIRECCIÓN:  
 HORA INICIO: 4:30 pm HORA FINAL: 4:50 pm DURACIÓN:  
 PADRE: PROFESIÓN: EDAD:  
 MADRE: PROFESIÓN: EDAD:  
 LUGAR DEL EXAMEN: Demuna  
 REFERIDO: EXAMINADOR:

ACTITUD DEL SUJETO

FORMA DE TRABAJO				DISPOSICIÓN			
Intuitiva		X		Fatigada			
Lenta			X	Desinteresada		X	
Torpe		X		Intranquila		X	
Distraída			X	Vacilante		X	

PERSEVERANCIA

Irregular ☐ Regular ☐

INDICADORES DE R.M.

Fallas en el acierto	Resuelve Serie Ab	
Respuestas al azar	No resuelve serie Ab	
Estereotipia	Resuelve problemas difíciles Serie B	
No comprende la prueba por la forma de cuaderno		

DIAGNÓSTICO:

A				AB				B			
Nº	Tanteos	R	+/-	Nº	Tanteos	R	+/-	Nº	Tanteos	R	+/-
1		4	✓	1		4	✓	1		2	✓
2		5	✓	2		5	✓	2		6	✓
3		1	✓	3		1	✓	3		1	✓
4		2	✓	4		6	✓	4		2	✓
5		6	✓	5		2	✓	5		1	✓
6		3	✓	6		1	✓	6		3	✓
7		6	✓	7		3	✓	7		5	✓
8		2	✓	8		4	✓	8		6	✓
9		1	✓	9		6	✓	9		4	✓
10		3	✓	10		2	X	10		3	✓
11		1	X	11		3	X	11		2	X
12		2	X	12		1	X	12		1	X
ACIERTOS	10			ACIERTOS	9			ACIERTOS	10		
ERRORES	2			ERRORES	3			ERRORES	2		

Edad cronol.	10 años 12 d.	Total Aciertos	29
Tiempo/min.	6 min	Percentil	75
Discrepancia	-10 +1	Rango	1E

DIAGNÓSTICO DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL:

Temperamento medio



# II. ITEMS DE PUNTUACION

## FIGURA 0

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

## FIGURA 1

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

## FIGURA 2

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

## FIGURA 3

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

## FIGURA 4

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

## FIGURA 5

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

## FIGURA 6

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

## FIGURA 7

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

## FIGURA 8

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

NUMERO TOTAL Y PARCIAL DE ERRORES

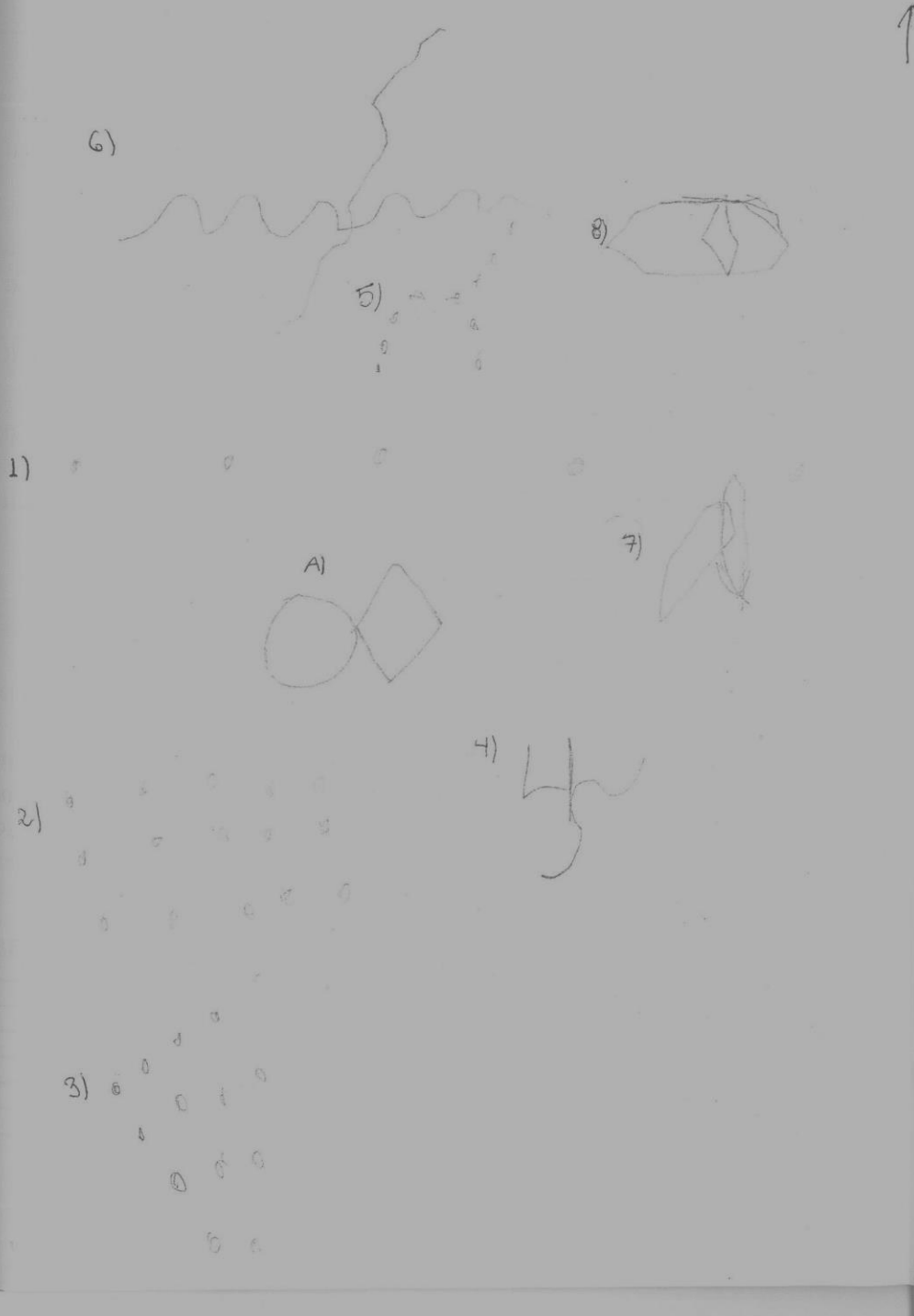
ERRORES RELATIVOS

ERROR	S.S.	S.	N.S.
		X	
	X		
		X	
		X	
	X		
		X	
		X	
02	05		



Nome: YAM  
Idade: 10 anos

Data de Exame: 03/10/2016  
Sexo: Feminino



### ANALISIS DEL D.F.H.

- 1) ¿A quién dibujó? A una niña  
(Encuesta al niño) \_\_\_\_\_  
(Comentarios) \_\_\_\_\_
- 2) El niño hace una descripción del dibujo SI (✓) NO ( )  
El niño hace un relato del dibujo SI (✓) NO ( )
- 3) Si es relato. ¿Qué deseos expresa el niño? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4) La figura, qué tipo de Personaje representa:  
Padre ( ) Madre ( ) Niño (✓) Otros \_\_\_\_\_ ( )
- 5) De qué manera está hecho el dibujo (Reflejo de las actitudes del examinado) (Items Emocionales; Rasgos) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 6) Presión en el trazo:  
Fuerte (✓) Débil ( ) Normal ( ) Areas de mayor presión
- 7) Movimiento: Actividad ( ) Rígido (✓)
- 8) Postura: Posto
- 9) Trazo: Continuo (✓) Entrecortado ( ) Cortado ( )
- 10) Emplazamiento: Central ( ) Central Der. (✓) Central Izq. ( )  
Sup. Central ( ) Sup. Derecha ( ) Sup. Izquier. ( )  
Inf. Central ( ) Inf. Derecha ( ) Inf. Izquier. ( )

### RESUMEN DEL ANALISIS DEL D.F.H.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Psicólogo

# PROTOCOLO DEL TEST DEL D. F. H.

## EVALUACION PSICOLOGICA

(Elizabeth M. Koppitz)

Nombre: YAM Edad: 17 años Grado: 1º grado  
 Fecha de Nac.: 1980 Motivo de examen:   
 Fecha de examen:  Examinador:

### A. PERFIL EVOLUTIVO

EDAD	ITEMS ESPERADOS	+	-	ITEMS EXCEPCIONALES	+
	CABEZA			RODILLA	
	OJOS			PERFIL	
	NARIZ			CODO	
	BOCA			2 LABIOS	
	CUERPO			FOSAS NAALES	
	PIERNAS			BRAZOS Y HOMBROS	
5	BRAZOS			ROPA 4 ITEMS	
	PIES			5 DEDOS	
6	BRAZOS 2 DIMENSIONES			PUPILAS	
	PIERNAS 2 DIMENSION				
7 - 8	CABELLO				
9	CUELLO				
	BRAZOS HACIA ABAJO				
10	BRAZOS U HOMBROS				
11 - 12					

Puntaje items excepcionales =

Puntajes de omisiones = -

### PUNTAJE TOTAL

- 0 + 0 + 5 = 17  
 Puntaje omisiones Items Standard Puntaje  
 (con signo Exepcio- para  
 menos) les todo Total

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO EVOLUTIVO
C. I. (Aproximado) <u>85 - 90</u>
OBSERVACIONES

W.R.G.

## B. INDICADORES EMOCIONALES

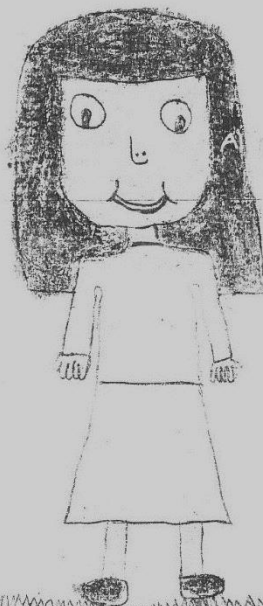
Nº del Indicador	SIGNOS CUALITATIVOS	Problema Emocional	Timidez	Agresividad	Enfer. Psicosomática.	Robo	Daño Cerebral	Mal desempeño Esc.	Educ. Especial.
1	Integración	0		0	0		x	x	x
2	Sombreado Cara	0							
3	Sombreado Cuerpo	x	0			0			
4	Sombreado Manos	x				0			
5	Asimetría	x		x			x		x
6	Figura Inclínada	x					x	x	x
7	Figura Pequeña	x	x				x		x
8	Figura Grande	x		0		0			
9	Transparencia	x		0		0	x		
	<u>DETALLES ESPECIALES</u>								
10	Cabeza Pequeña	0				0			
11	Ojos Bizcos	0		x					
12	Dientes	x	0		x				
13	Brazos Cortos	0		x					x
14	Brazos Largos	0							
15	Brazos Pegados	x		x					
16	Manos Grandes	x	x			x			x
17	Manos Seccionadas	0			0		x		x
18	Piernas Juntas	0		0		x			x
19	Genitales	0							
20	Monstruo	0						0	x
21	Tres Figuras	0			x			x	0
22	Nubes	0							
	<u>OMISION DE</u>								
23	Ojos	0							
24	Nariz	0	x		x				x
25	Boca	0	x		0			0	x
26	Cuerpo	0				0	x	x	x
27	Brazos	0		0		0		x	x
28	Piernas	0							
29	Pies	0	0						
30	Cuello	0				x	x		

NOTA: (x) muy significativo

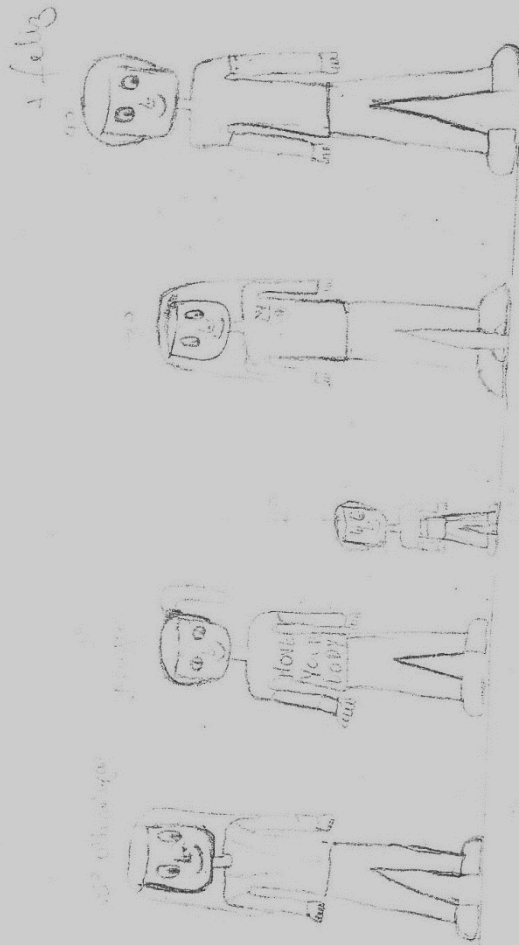
(0) encontrado

Marcar con redondel rojo los ítems presentes.

Ariel 10 años  
tiene 2 hermanos  
pelea con la hermana



Nombre: Y.A.M  
Edad: 10 años  
F.E: 03/10/2016



# **CASO N°2**

## **ANAMNESIS**

### **I. DATOS DE FILIACIÓN**

- **Nombres y Apellidos** : N. Q.S.
- **Edad** : 24 años
- **Sexo** : Femenino
- **N° de Historia Clínica** : 37462
- **Fecha de Nacimiento** : 08/09/1992
- **Lugar de Nacimiento** : Cuzco
- **Grado de instrucción** : Secundaria incompleta
- **Estado civil** : Soltera
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : Empleada de hogar
- **Religión** : Católica
- **Idioma** : Castellano
- **Referido Por** : Ninguno
- **Informantes** : Paciente
- **Lugar de evaluación** : Centro de Salud Buenos Aires- Cayma
- **Fecha de evaluación** : 15,18,20-10-16
- **Examinador** : Monica Kjuro Sivincha

### **II. MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente acude a consulta por voluntad propia, refiere: "Últimamente me estoy sintiendo decaída, triste, no puedo dormir bien en las noches, me levanto en las madrugadas, tengo más flojera que antes para hacer las cosas, estoy como sin energías, ya no me dan muchas ganas de comer, siento también que no tengo ganas de ir al trabajo y si voy es porque en fin, tengo que hacerlo".

Menciona que todo esto empezó a raíz de que se enteró que estaba embarazada de un mes aproximadamente. Al contarle a su pareja este le engaña y obliga a tomar pastillas y estos le generan un aborto.



### III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

Paciente mantenía una relación de pareja de un año aproximadamente con Juan Carlos, refiere que no tenían planes de casarse, ni de tener hijos, pero que en sus relaciones sexuales no utilizaba ningún método anticonceptivo. En el transcurso de la relación surgieron problemas, ella desconfiaba de él porque trabajaba lejos, en una mina de Espinar, solo se veían cada 15 días y últimamente él ya no quería venir a buscarla ni que ella fuera donde él se encontraba trabajando.

Hace aproximadamente 5 meses atrás se enteró que se encontraba embarazada, teniendo como resultado una gestación de aproximadamente de un mes, esta noticia la sorprendió y preocupo al no saber cómo decirle a su pareja.

Lo que hizo fue llamar a Juan Carlos, para decirle que estaba esperando un hijo suyo y este no le creyó, aludiendo que siempre que tuvieron relaciones sexuales él había utilizado protección, se negó rotundamente, afirmó que él bebe que ella esperaba no era de él y que posiblemente ella le había engañado con otro hombre.

Pasaron varios días y no tenía noticias de Juan Carlos, ella le llamaba a su celular pero este no le contestaba, y en algunas ocasiones el celular se encontraba apagado.

Su preocupación cada día crecía, no sabía a quién contarle o que hacer e incluso pensó en viajar a Espinar para ir a buscarlo a su trabajo a Juan Carlos pero no pudo hacerlo al no obtener permiso en su trabajo.

Luego de 7 días Juan Carlos le llamo por celular para la citarla en un hostel para hablar. Le dijo que no podía ser padre ya que no contaba con los recursos necesarios para poderlos mantener, darle el cariño y la educación que se merece, que además él trabajaba lejos y solo los podría ver cada 15 días y eso no era justo ni para ella ni para él bebe. Menciona también que si piensa formar una familia con ella, pero de aquí a un par de años más adelante, cuando él tenga un trabajo estable, se compren una casa y puedan vivir juntos en Arequipa.

Después de tanto rodeo y de hablarle bonito y con cariño le propone que se realice un aborto, que él conoce un lugar seguro para que le realicen dicho

acto, promete cubrir todos los gastos y quedarse con ella un par de semanas, ella se pone a llorar y le dice que no puede hacerlo, él le insiste y ante su negativa le propone que lo piense mejor y que deje de llorar, que se tranquilizara que él buscaría una mejor solución, entonces Juan Carlos saca de mochila unas pastillas, le pide que se las tome, diciéndole que son para que se sienta tranquila y así pueda pensarlo mejor. Pasan las horas y quedan en que volverían a conversarlo de aquí a quince días cuando regrese, Al llegar a su casa ella empezó a sangrar, enseguida fue al médico quien le informo que se encontraba en proceso de aborto.

Al día siguiente llamo a Juan Carlos para contarle pero este no le contesto las llamadas. Fue a buscarlo al hotel donde estaba hospedado, pero ya no se encontraba en ese lugar.

Desde entonces Juan Carlos no se comunica con ella se ha desentendido completamente. Actualmente ella se siente triste, decepcionada por el hecho ocurrido.

#### **IV. ANTECEDENTES PERSONALES**

**a) Etapa Pre-Natal:** La paciente nació cuando la madre tenía 21 años y su padre 30 años aproximadamente, no sabe si estuvo planeada o no.

**b) Etapa Natal:** El parto fue natural, naciendo a los 9 meses, durante el parto no se presentó ninguna dificultad.

**c) Etapa Post-Natal:**

**Primer año:** La paciente refiere que cuando era pequeña, no se enfermaba mucho, no recuerda que le hayan comentado alguna enfermedad.

**d) Desarrollo Psicomotor:**

Empezó a caminar al primer año.

**e) Etapa Escolar**

Ingresó a un colegio nacional mixto a la edad de 7 años en la provincia de Espinar, su adaptación fue adecuada, asistió al colegio con normalidad, su círculo de amigos era reducido con pocos amigos. Con

respecto a su rendimiento académico fue regular, el curso que gustaba más era arte e historia.

En cuanto a sus estudios secundarios los continuó en el mismo colegio donde terminó su nivel primario, menciona que su desempeño como estudiante eran satisfactorios.

Cuando cursaba el tercer año de secundaria, dejó de estudiar debido a un incidente que tuvo. La paciente cuenta que su padre la dejó sola en el campo al cuidado de los animales y esa noche fue violada por un hombre que ella no conoce, menciona que como estuvo oscuro no pudo ver el rostro del hombre que abusó de ella, al día siguiente no sabía qué hacer ni a quien contarle lo que le había pasado. Se queda callada y decide no contarles a sus padres porque tenía miedo a que le gritaran o no le creyeran.

Tras el hecho ocurrido se escapa a casa de su tía, pues tenía miedo que ese hombre vuelva a buscarla y abusar de ella. Ya en casa de su tía le menciona que quiere trabajar de niñera y así poder ayudar a sus padres económicamente pues estos atravesaban una crisis económica.

Su tía manda a buscar a su papá para comentarle de la decisión que había tomado su hija y este se niega a que ella deje los estudios y se la lleva de regreso a casa diciéndole que: “tiene que continuar con sus estudios y que no se preocupara por el dinero”.

Tras esta decisión continúa con sus estudios secundarios, pero solo por un par de meses más, nuevamente conversa con sus padres y les pide que la lleven a vivir a Arequipa para poder trabajar, al inicio sus padres se niegan pero a tanta insistencia y la negativa de seguir estudiando aceptan y la llevan a vivir a casa de sus abuelitos paternos que viven en el distrito de Cayma.

#### **f) Desarrollo y función sexual:**

**Aspectos fisiológicos y Psicosexual:** A los 15 años presenta su primera menarquia, a los 16 años tuvo su primer enamorado quien era mayor que ella por siete años, con el que permaneció alrededor de un año y medio, la relación se termina por iniciativa de la paciente alegando que era muy mayor y que no le convenía.

A los 19 años comenzó una nueva relación con Luis de su misma edad, tuvieron relaciones sexuales a los dos meses de la relación, medio año después decide dejarlo porque su pareja tomaba demasiado y a ella no le gustaba eso.

A la edad de 23 años viaja a la provincia de Espinar para visitar a sus familiares y es donde conoce a Juan Carlos de 26 años quien trabaja en una mina de ese lugar. Sin embargo la relación se torna desde un inicio un tanto complicada ya que no se veían mucho. Seguidamente acontecieron un embarazo y posteriormente un aborto.

**g) Aspecto Laboral**

Empezó a trabajar a los 15 años como empleada de hogar cerca del lugar donde vivía, en donde permaneció por un periodo de 3 años. Posteriormente entro a trabajar de vendedora de ropa en el centro comercial “San Ramón” por un periodo de 4 años aproximadamente. Actualmente se desempeña como empleada del hogar fuera de casa.

**h) Historia de la recreación de la vida**

Tiene vagos recuerdos de su niñez, se podría decirse que no es relevante para ella esos recuerdos.

**i) Enfermedades y Accidentes**

La paciente no tuvo enfermedades de importancia, solo algunos resfríos leves y ningún accidente.

**j) Descripción de su comportamiento y Personalidad**

Siente que ha habido cambios en su estado emocional, está más triste, llora en las noches, siente soledad y desesperanza.

Natividad es una persona con tendencia a la introversión, suele ser pesimista, el episodio de su vida que le afectó más y que siempre recuerda es que toda su niñez se sintió sola ya que a ella le hubiera gustado que sus padres fueran más comprensivos y le dedicaran mayor atención y tiempo.

Es poco sociable no le interesa relacionarse mucho con los demás, es así que durante su desarrollo en la etapa de la adolescencia no tenía muchos amigos de confianza, solo compañeros de colegio y en la actualidad no le gusta hacer amigos, ni salir a fiestas.

## **V. ANTECEDENTES FAMILIARES**

### **a) Composición familiar**

La paciente es parte de una familia nuclear, que lo conforma la madre el padre y sus tres hermanos menores.

### **b) Dinámica familiar**

Actualmente los miembros de esta familia no viven juntos, la paciente reside en la ciudad de Arequipa desde hace 9 años con sus abuelitos paternos. Sus padres vienen a visitarla cada dos meses aproximadamente por que no cuentan con los recursos necesarios para hacerlo.

### **c) Condición socioeconómica**

Considera que su condición económica es media, ya que cuenta con todos los servicios básicos. El dinero que gana trabajando como empleada de hogar le sirve para solventarse económicamente e incluso trata siempre de mandarles dinero a sus padres para ayudarlos económicamente.

### **d) Antecedentes Patológicos**

Ninguno.

## **VI. RESUMEN**

Paciente de 24 años de edad nació en el departamento de Cusco, provincia de Espinar menciona no saber si estuvo planeada o no. La paciente refiere que cuando era pequeña, no se enfermaba mucho, no recuerda que le hayan comentado alguna enfermedad.

Su etapa escolar comienza a los 7 años de edad en la provincia de Espinar, su adaptación fue adecuada, asistió al colegio con normalidad, su círculo de amigos era reducido con pocos amigos. Con respecto a su rendimiento académico fue regular. En cuanto a sus estudios secundarios

los continuó en el mismo colegio donde terminó su nivel primario. Cuando cursaba el tercer año de secundaria, dejó de estudiar debido a un incidente que tuvo. La paciente cuenta que su padre la dejó sola en el campo al cuidado de los animales y esa noche fue violada por un hombre que ella no conoce. Tras el hecho se escapa a casa de su tía, mencionándole que quiere trabajar de niñera y así poder ayudar a sus padres económicamente pues estos atravesaban una crisis económica. Conversa con sus padres y les pide que la lleven a vivir a Arequipa para poder trabajar y estos acceden.

A los 15 años presentó su primera menarquia, a los 16 años tuvo su primer enamorado quien era mayor que ella por siete años, con el que permaneció alrededor de un año y medio, la relación se termina por iniciativa de la paciente. A los 19 años comenzó una nueva relación con Luis de su misma edad, pero al medio año la relación se termina. A los 23 años viaja a la provincia de Espinar para visitar a sus familiares y es donde conoce a Juan Carlos de 26 años quien trabaja en una mina de ese lugar. Sin embargo la relación se torna desde un inicio un tanto complicada ya que no se veían mucho. Seguidamente acontecieron un embarazo y posteriormente un aborto.

La paciente es parte de una familia nuclear, que lo conforma la madre el padre y sus tres hermanos menores. Actualmente los miembros de esta familia no viven juntos, la paciente reside en la ciudad de Arequipa desde hace 9 años con sus abuelitos paternos. Considera que su condición económica es media, ya que cuenta con todos los servicios básicos.

Actualmente se desempeña como empleada del hogar. Siente que ha habido cambios en su estado emocional, está más triste, llora en las noches, siente soledad y desesperanza porque su pareja la abandonó y además por haber tenido un aborto inducido por otra persona.

---

**MONICA KJURO SIVINCHA**

**Bachiller en Psicología**

## EXAMEN MENTAL

### I. DATOS DE FILIACIÓN:

- **Nombres y Apellidos** : N. Q.S.
- **Edad** : 24 años
- **Sexo** : Femenino
- **N° de Historia Clínica** : 37462
- **Fecha de Nacimiento** : 08/09/1992
- **Lugar de Nacimiento** : Cusco
- **Grado de instrucción** : Secundaria incompleta
- **Estado civil** : Soltera
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : Empleada de hogar
- **Religión** : Católica
- **Idioma** : Castellano
- **Referido Por** : Ninguno
- **Informantes** : Paciente
- **Lugar de evaluación** : Centro de Salud Buenos Aires- Cayma
- **Fecha de evaluación** : 15,18, 20-10-16
- **Examinador** : Monica Kjuro Sivincha

### II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

Paciente de 24 años aparenta su edad cronológica, de contextura delgada; tez trigueña, cabello y ojos negros, se observa aliño en su vestimenta y cuidado en su aseo personal.

Su postura es erguida, con marcha lenta; su mirada es evasiva. Al hablar su tono de voz es bajo, con un lenguaje entre cortado y apagado; realiza las actividades propuestas, sigue las instrucciones dadas, es colaboradora ante las evaluaciones, mostrando confianza hacia la examinadora.

### **III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN**

Su atención es voluntaria ya que contesta a las preguntas en forma inmediata por ejemplo: se le pide que del número 100 le reste 7 en 7, hasta haber concluido cinco restas correctas, la paciente se encuentra orientado autopsíquicamente, pues refiere correctamente datos personales como nombre, edad, fecha y lugar de nacimiento, ocupación, etc. En cuanto a su orientación alopsíquica, la paciente está orientada en lugar refiriendo el Centro de Salud Buenos Aires, ciudad, país. En el tiempo pues refiere la fecha, día, mes, año, estación, correctamente en referencia a la fecha de la evaluación.

### **IV. CURSO DEL LENGUAJE**

Su lenguaje es fluido, sin alteraciones de pronunciación, se le pidió que repita algunas frases por ejemplo: “en un trigal había cinco perros” la cual repitió correctamente, en cuanto a su lenguaje comprensivo no se encuentra alterada ya que comprende las instrucciones dadas, no presenta alteraciones en el habla, logrando articular correctamente las palabras.

### **V. PENSAMIENTO**

La paciente no presenta alteración en el pensamiento ya que presentándole una analogía responde correctamente, se le dijo: en que se parece una mosca y un árbol la paciente responde: en que los dos son seres vivos; también se le dijo interprete la siguiente frase “a quien madruga Dios le ayuda” y la paciente respondió que las personas que se esfuerzan más, tienen mejores oportunidades, en el pensamiento no se ha encontrado alteraciones.

### **VI. PERCEPCIÓN**

La paciente no presenta alteraciones perceptuales visuales ya que reconoce formas y colores (verde, azul, rojo), objetos (lapicero, mesa, silla); en la percepción auditiva distingue ruidos, canciones y en la percepción táctil reconoce tamaños, formas y texturas.



## **VII. MEMORIA**

Su memoria remota no se encuentra alterada ya que tiene la capacidad para recordar datos personales de filiación y los datos familiares. Su memoria reciente no se encuentra alterada pues recuerda que actividades realizó la semana pasada, en cuanto a su memoria inmediata puede repetir dígitos que se le dan al derecho y a la izquierda (5,6,3,9).

## **VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL**

La evaluada resolvió los problemas correctamente, su capacidad de análisis y síntesis están conservadas, pero en algunos problemas tiende a realizar un mayor trabajo y dedicación, evalúa y comprende las situaciones que se le presentan estableciendo relaciones lógicas. La información general que posee es adecuada en correspondencia con su nivel de instrucción.

## **IX. ESTADO DE ANIMO Y AFECTO**

Su estado de ánimo durante la entrevista es apagado, su expresión facial reflejaba inseguridad, tristeza, hubo momentos de lágrimas.

## **X. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD**

La paciente es consciente del estado de ánimo en el que se encuentra y trata de buscar solución para mejorar en todos los aspectos de su vida, buscando orientación y ayuda psicológica.

## **XI. RESUMEN**

Paciente de 24 años, aparenta su edad cronológica, de contextura delgada; tez trigueña, cabello y ojos negros, se observa aliño en su vestimenta y cuidado en su aseo personal. Su postura es erguida, con marcha lenta; su mirada es evasiva. Al hablar su tono de voz es bajo, con un lenguaje entre cortado y apagado; su atención es voluntaria ya que contesta a las preguntas en forma inmediata encontrándose orientada en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje es fluido, sin alteraciones de

pronunciación, comprende las instrucciones que se le da, no presenta alteraciones en el habla, logrando articular correctamente las palabras.

La paciente no presenta alteraciones perceptuales ni visuales ya que reconoce formas, colores y objetos; en cuanto a su percepción auditiva no se encuentran alterados, distingüendo así, los diferentes ruidos. En cuanto a su memoria no se encuentra alterada ya que tiene la capacidad para recordar datos personales, familiares y actividades que realizó la semana pasada, su capacidad de análisis y síntesis están conservadas. Su estado de ánimo durante la entrevista es apagado, su expresión facial reflejaba inseguridad, tristeza, hubo momentos de lágrimas. La paciente es consciente del estado de ánimo en el que se encuentra y trata de buscar solución para mejorar en todos los aspectos de su vida, buscando orientación y ayuda psicológica.

---

**MONICA KJURO SIVINCHA**

**Bachiller en Psicología**

## **INFORME PSICOMÉTRICO**

### **I. DATOS DE FILIACION**

- **Nombres y Apellidos** : N. Q.S.
- **Edad** : 24 años
- **Sexo** : Femenino
- **N° de Historia Clínica** : 37462
- **Fecha de Nacimiento** : 08/09/1992
- **Lugar de Nacimiento** : Cusco
- **Grado de instrucción** : Secundaria incompleta
- **Estado civil** : Soltera
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : Empleada de hogar
- **Religión** : Católica
- **Idioma** : Castellano
- **Referido Por** : Ninguno
- **Informantes** : Paciente
- **Lugar de evaluación** : Centro de Salud Buenos Aires- Cayma
- **Fecha de evaluación** : 15,18,20-10-16
- **Examinador** : Monica Kjuro Sivincha

### **II. OBSERVACIONES GENERALES**

Durante el inicio de las evaluaciones la paciente se mostró atenta y colaboradora, entendía las instrucciones con facilidad, aunque en ocasiones tuvo inconvenientes con algunos ítems, pero mediante la aclaración de estas comprendió adecuadamente, mostrando una actitud positiva hacia las evaluaciones.

### **III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

- Observación
- Entrevista

- Pruebas psicológicas
  - TONY -2 (Test of Nonverbal Intelligence)
  - Inventario de personalidad de Eysenck EPQ
  - Escala de depresión Zung
  - Test de la persona bajo la lluvia

#### IV. INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

##### - TONY -2 (Test of Nonverbal Intelligence)

###### Cuantitativos:

<b>PUNTAJE</b>	90
<b>CATEGORÍA</b>	Promedio

###### Cualitativos:

La evaluada obtuvo un puntaje de 90 puntos ubicándola en un nivel intelectual promedio teniendo la capacidad y habilidad para establecer relaciones, conceptualizar y aplicar razonamiento a diversos problemas que se le presenten.

##### - Inventario de personalidad de Eysenck EPQ

###### Cuantitativos:

Escala de sinceridad= 7

Escala de extraversión= 10

Escala de neuroticismo =14

Escala de psicoticismo = 7

###### Cualitativos:

- La paciente posee conductas introvertidas, tranquila, reservada y distante excepto con los amigos íntimos. Tiende a planificarlo todo, piensa dos veces antes de actuar y desconfía de los impulsos momentáneos. No le gusta la animación, se toma las cosas de cada día con seriedad y le gusta un modo de vida ordenado. Mantiene sus sentimientos bajo control, rara vez se comporta de una manera

agresiva y no pierde los nervios fácilmente. Es fiable algo pesimista y otorga gran valor a las normas éticas.

- Se podría decir que es aprensiva, su principal característica es una constante preocupación porque las cosas podría ir mal y una fuerte reacción de ansiedad a estos pensamientos, es muy emotiva, reacciona de forma excesiva a todo tipo de estímulos y encuentra dificultades para volver a su nivel de estado emocional normal.
- Se caracteriza por ser altruista, empática, convencional, reflexiva, cálida, amable, responsable y poco agresiva.

- **Escala de depresión Zung**

**Cuantitativos:**

<b>PUNTUACIÓN DIRECTA</b>	55
<b>ÍNDICE DE VALORES DE DEPRESIÓN</b>	<b>58</b>
<b>INTERPRETACIÓN</b>	Depresión Leve Moderado

**Cualitativos:**

De acuerdo a los resultados obtenidos por la paciente podemos concluir que presenta un estado depresivo leve moderado.

- **Test de la persona bajo la lluvia**

De acuerdo a la prueba realizada observamos que la paciente presenta: pesimismo, debilidad, timidez, falta de confianza en sí misma, depresión. Por otra parte existen en ella conflictos que aún no ha resuelto, es algo del pasado que le pesa y la frena. Es tranquila, diplomática, presentando falta de pasión y defensa.

## **V. RESUMEN**

La evaluada posee un nivel intelectual promedio teniendo la capacidad y habilidad para establecer relaciones, conceptualizar y aplicar razonamiento a diversos problemas que se le presenten.

Posee rasgos introvertidos, es tranquila, reservada y distante excepto con los amigos íntimos. Se podría decir que es aprensiva, su principal característica es una constante preocupación porque las cosas podrían ir mal, es muy emotiva.

Tiende a planificarlo todo, piensa dos veces antes de actuar y desconfía de los impulsos momentáneos, debilidad, timidez, falta de confianza en sí misma, depresión, dificultad de adaptación al medio social que la rodea ya que prefiera la soledad. Por otra parte existen en ella conflictos que aún no ha resuelto, es algo del pasado que le pesa y la frena. Es tranquila, diplomática, presentando falta de pasión y defensa.

---

**MONICA KJURO SIVINCHA**

**Bachiller en Psicología**

## INFORME PSICOLÓGICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : N. Q.S.
- **Edad** : 24 años
- **Sexo** : Femenino
- **N° de Historia Clínica** : 37462
- **Fecha de Nacimiento** : 08/09/1992
- **Lugar de Nacimiento** : Cusco
- **Grado de instrucción** : Secundaria incompleta
- **Estado civil** : Soltera
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : Empleada de hogar
- **Religión** : Católica
- **Idioma** : Castellano
- **Referido Por** : Ninguno
- **Informantes** : Paciente
- **Lugar de evaluación** : Centro de Salud Buenos Aires- Cayma
- **Fecha de evaluación** : 15,18,20-10-16
- **Examinador** : Monica Kjuro Sivincha

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta por voluntad propia, refiere: "Últimamente me estoy sintiendo decaída, triste, no puedo dormir bien en las noches, me levanto en las madrugadas, tengo más flojera que antes para hacer las cosas, estoy como sin energías, ya no me dan muchas ganas de comer, siento también que no tengo ganas de ir al trabajo y si voy es porque en fin, tengo que hacerlo".

Menciona que todo esto empezó a raíz de que se entera que estaba embarazada de un mes aproximadamente. Al contarle a su pareja este le engaña y obliga a tomar pastillas y estos le generan un aborto.

### **III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas
  - TONY -2 (Test of Nonverbal Intelligence)
  - Inventario de personalidad de Eysenck EPQ
  - Escala de depresión Zung
  - Test de la persona bajo la lluvia

### **IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

Paciente de 24 años de edad nació en el departamento de Cusco, provincia de Espinar menciona no saber si estuvo planeada o no. La paciente refiere que cuando era pequeña, no se enfermaba mucho, no recuerda que le hayan comentado alguna enfermedad.

Su etapa escolar comienza a los 7 años de edad en la provincia de Espinar, su adaptación fue adecuada, asistió al colegio con normalidad, su círculo de amigos era reducido con pocos amigos. Con respecto a su rendimiento académico fue regular. En cuanto a sus estudios secundarios los continuó en el mismo colegio donde terminó su nivel primario. Cuando cursaba el tercer año de secundaria, dejó de estudiar debido a un incidente que tuvo. La paciente cuenta que su padre la dejó sola en el campo al cuidado de los animales y esa noche fue violada por un hombre que ella no conoce. Tras el hecho se escapó a casa de su tía, mencionándole que quiere trabajar de niñera y así poder ayudar a sus padres económicamente pues estos atravesaban una crisis económica. Conversa con sus padres y les pide que la lleven a vivir a Arequipa para poder trabajar y estos acceden.

A los 15 años presentó su primera menarquia, a los 16 años tuvo su primer enamorado quien era mayor que ella por siete años, con el que permaneció alrededor de un año y medio, la relación se termina por iniciativa de la paciente. A los 19 años comenzó una nueva relación con Luis de su misma edad, pero al medio año la relación se termina. A los 23 años viaja a la provincia de Espinar para visitar a sus familiares y es donde conoce a Juan Carlos de 26 años quien trabaja en una mina de



ese lugar. Sin embargo la relación se torna desde un inicio un tanto complicada ya que no se veían mucho. Seguidamente acontecieron un embarazo y posteriormente un aborto.

La paciente es parte de una familia nuclear, que lo conforma la madre el padre y sus tres hermanos menores. Actualmente los miembros de esta familia no viven juntos, la paciente reside en la ciudad de Arequipa desde hace 9 años con sus abuelitos paternos. Considera que su condición económica es media, ya que cuenta con todos los servicios básicos.

Actualmente se desempeña como empleada del hogar. Siente que ha habido cambios en su estado emocional, está más triste, llora en las noches, siente soledad y desesperanza porque su pareja la abandono y además por haber tenido un aborto inducido por otra persona.

## **V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES**

Paciente de 24 años, aparenta su edad cronológica, de contextura delgada; tez trigueña, cabello y ojos negros, se observa aliño en su vestimenta y cuidado en su aseo personal. Su postura es erguida, con marcha lenta; su mirada es evasiva. Al hablar su tono de voz es bajo, con un lenguaje entre cortado y apagado; su atención es voluntaria ya que contesta a las preguntas en forma inmediata encontrándose orientada en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje es fluido, sin alteraciones de pronunciación, comprende las instrucciones que se le da, no presenta alteraciones en el habla, logrando articular correctamente las palabras.

La paciente no presenta alteraciones perceptuales ni visuales ya que reconoce formas, colores y objetos; en cuanto a su percepción auditiva no se encuentran alterados, distinguiendo así, los diferentes ruidos. En cuanto a su memoria no se encuentra alterada ya que tiene la capacidad para recordar datos personales, familiares y actividades que realizó la semana pasada, su capacidad de análisis y síntesis están conservadas. Su estado de ánimo durante la entrevista es apagado, su expresión facial reflejaba inseguridad, tristeza, hubo momentos de lágrimas. La paciente es consciente del estado de ánimo en el que se encuentra y trata de buscar

solución para mejorar en todos los aspectos de su vida, buscando orientación y ayuda psicológica.

## **VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

La evaluada posee un nivel intelectual promedio teniendo la capacidad y habilidad para establecer relaciones, conceptualizar y aplicar razonamiento a diversos problemas que se le presenten.

Posee rasgos introvertidos, es tranquila, reservada y distante excepto con los amigos íntimos. Se podría decir que es aprensiva, su principal característica es una constante preocupación porque las cosas podrían ir mal, es muy emotiva.

Tiende a planificarlo todo, piensa dos veces antes de actuar y desconfía de los impulsos momentáneos, debilidad, timidez, falta de confianza en sí misma, depresión, dificultad de adaptación al medio social que la rodea ya que prefiere la soledad. Por otra parte existen en ella conflictos que aún no ha resuelto, es algo del pasado que le pesa y la frena. Es tranquila, diplomática, presentando falta de pasión y defensa.

## **VII. DIAGNÓSTICO**

De acuerdo a la entrevista, observación y evaluaciones efectuadas la paciente posee una inteligencia promedio, con personalidad introvertida, timidez, falta de confianza en sí misma, dificultad de adaptación al medio social que la rodea ya que prefiere la soledad, sumado a la escasa relación afectiva y comunicativa que tiene con sus padres que es su entorno más cercano, llegando a afectar sus relaciones interpersonales, notable reducción de la energía, enlentecimiento motriz y cambios en sus hábitos de sueño y alimentación.

Por lo expuesto anteriormente a través de la historia psicológica, así como de los exámenes psicopatológicos y psicométrico, tomando como referencia la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE 10°), la paciente presenta **Trastorno Depresivo Leve(F32.0)**.

## **VIII. PRONOSTICO**

Reservado, ya que la paciente cuenta con la disposición y las fortalezas necesarias para comprender, resolver y sobrellevar los problemas y no dejar que afecte en su salud física y vida cotidiana, sin embargo no cuenta con la ayuda de ningún familiar, para lo cual se desarrollara un plan psicoterapéutico.

## **IX. RECOMENDACIONES**

- Psicoterapia individual

---

**MONICA KJURO SIVINCHA**  
**Bachiller en Psicología**

## PLAN PSICOTERAPEUTICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : N. Q.S.
- **Edad** : 24 años
- **Sexo** : Femenino
- **N° de Historia Clínica** : 37462
- **Fecha de Nacimiento** : 08/09/1992
- **Lugar de Nacimiento** : Cusco
- **Grado de instrucción** : Secundaria incompleta
- **Estado civil** : Soltera
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : Empleada de hogar
- **Religión** : Católica
- **Idioma** : Castellano
- **Referido Por** : Ninguno
- **Informantes** : Paciente
- **Lugar de evaluación** : Centro de Salud Buenos Aires- Cayma
- **Fecha de evaluación** : 15,18,20-10-16
- **Examinador** : Monica Kjuro Sivincha

### II. DIAGNOSTICO

De acuerdo a la entrevista, observación y evaluaciones efectuadas la paciente posee una inteligencia promedio, con personalidad introvertida, timidez, falta de confianza en sí misma, dificultad de adaptación al medio social que la rodea ya que prefiere la soledad, sumado a la escasa relación afectiva y comunicativa que tiene con sus padres que es su entorno más cercano, llegando a afectar sus relaciones interpersonales, notable reducción de la energía, enlentecimiento motriz y cambios en sus hábitos de sueño y alimentación.

Por lo expuesto anteriormente a través de la historia psicológica, así como de los exámenes psicopatológicos y psicométrico, tomando como referencia la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE 10°), la paciente presenta **Trastorno Depresivo Leve(F32.0)**.

### **III. OBJETIVOS GENERALES**

Dirigir el procedimiento psicoterapéutico hacia el control y manejo de pensamientos inadecuados a través de la intervención psicoterapéutica  
Como también mejorar la confianza en sí mismo a través de terapias.

### **IV. DESCRIPCION DEL PLAN PSICOTERAPEUTICO**

#### **SESIÓN N° 1**

**TECNICA:** “METODO CENTRADO EN EL CLIENTE”

**OBJETIVO:**

Lograr que la paciente tenga más conciencia de sus propios sentimientos y que pueda creer en ellos y cambiar lo que no le agrada de ella misma.

**Descripción de la sesión:**

Se decidió realizar esta técnica para establecer una adecuada relación interpersonal terapeuta- paciente, con el objetivo de lograr un clima de mayor confianza.

Se logró que la paciente se sintiera en confianza con el terapeuta donde la paciente pudo expresar como se sentía y que cosas le hacían sentir mal.

**TIEMPO DE DURACIÓN:** 45 minutos

**MATERIALES A UTILIZAR:** ninguno

#### **SESIÓN N° 2**

**TÉCNICA:** TERAPIA DE APOYO

**OBJETIVO:**

Que la paciente pueda liberar sentimientos que la perturban, expresando de manera libre como se siente.

### **DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN:**

- En esta sesión se realizó la historia clínica, preguntándole a la paciente acerca de cómo había nacido, lo que había vivido en su infancia, adolescencia y juventud hasta actualidad.
- Se realizó esta sesión también para que la paciente pueda hacer catarsis expresando como se siente y que es lo que le preocupa.

**TIEMPO:** 45 minutos

**MATERIALES A UTILIZAR:** papel bond, lapiceros

### **SESIÓN N° 3**

**TÉCNICA:** TERAPIA RACIONAL

**OBJETIVOS:** detectar pensamientos negativos que le hacen sentir mal y modificarlos por pensamientos realistas y positivos.

### **DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN:**

Empezaremos explicándole a la paciente

- Las exigencias (a una misma, a las demás personas, a la vida) constituyen la causa y origen de la mayor parte de las disfunciones mentales y consecuencia también físicas.
- Es perfectamente natural que los seres humanos tengamos preferencias en nuestra vida, pero el peligro está en que confundamos estas preferencias con necesidades. Necesitar, por ejemplo, ser absolutamente eficaces, las 24 horas del día, y que todo el mundo nos quiera. Necesitar que las demás personas sean amables, o que la vida sea fácil y todo salga de acuerdo a nuestros deseos.
- Para evitar esta confusión, es importante hacer uso de los valores o actitudes racionales, en vez de las creencias irracionales, o destructivas, que rigen nuestra vida. Uno de los principales valores reside en el auto aceptación. Aceptar las cosas como son no es sinónimo de conformismo o pasividad, sino que requiera una perfecta discriminación entre lo que depende de mí. Una de las herramientas importantes para tratar con las exigencias es el

lenguaje. Las personas se acostumbran a hábitos deficientes del lenguaje que interfieren en su aceptación de la realidad. Expresiones del tipo “tengo que” (exigencia a uno mismo), “es horrible” (catastrifismo), “siempre ocurre lo mismo” (generalización) o “me pone de los nervios, no lo aguanto” (no soportantitis), nos sitúan en desventaja ante la realidad y son perfectas aliadas para nuestro malestar mental, emocional y/o físico.

- Se le solicita a la paciente anotar las expresiones que no le ayudan a sentirse bien luego se le hace leer los errores más frecuentes que comete para analizarlos y que reconozca virtudes y cosas buenas de ella.

## **SESIÓN N° 4**

### **TÉCNICA: TERAPIA DE APOYO**

Técnica reforzamiento del principio de la realidad

#### **OBJETIVOS:**

Lograr que la paciente adopte una actitud más realista que emocional.

Alcanzar que la paciente analice en forma realista su situación, explicando las causas de sus problemas y la necesidad de cambiar dichas actitudes y hábitos ya que esto afectara en su conducta. Que pueda enfrentar su realidad.

#### **DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN:**

- En la sesión con la paciente en cuanto a sus pensamientos para que pueda adoptar una actitud más racional, ayudándola a que pueda aceptar la realidad que vivió y que ahora ella pueda hacer que su vida tome un giro.
- Se realizó un bosquejo de su proyecto de vida, para que pueda ver qué cosas tenía que realizar de manera urgente y cuales podría hacerlos después.
- Se logró que la paciente tenga conciencia de lo que estaba haciendo y que lo importante sea que ella este bien y así pueda cumplir las aspiraciones que se trazara.

**TIEMPO:** 45 minutos

**MATERIALES A UTILIZAR:** lapiceros y papel bond

## **SESIÓN N°5**

**TÉCNICA:** TÉCNICA DE RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA DE “BECK”

### **OBJETIVOS:**

- Identificar pensamientos inadecuados
- Evaluación y análisis de estos pensamientos
- Búsqueda de pensamientos alternativos

### **DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN:**

Primero se identificarán los pensamientos que serán escritos en una hoja. Luego de identificar estos pensamientos se pide a la paciente que arrugue la hoja y bote a la basura la hoja donde escribió esos pensamientos negativos.

En una nueva hoja se le pide a la paciente que escriba pensamientos alternativos donde se plasmen sus sueños y metas, luego se le pide que lo lea en voz alta y que nos diga cómo se siente.

Para finalizar se le dice a la paciente que lo que ha hecho es eliminar todo lo que la perturbaba y que ahora tiene un tesoro en sus manos que son los objetivos que tiene ahora en su vida.

**TIEMPO:** 45 minutos

**MATERIALES A UTILIZAR:** papel bond y lapicero

## **SESIÓN N° 6**

**TÉCNICA:** SILLA VACÍA

**OBJETIVOS:** expresión de las emociones y desarrollo de la empatía

### **DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN:**

- Sentar a la paciente en una silla o asiento y en frente a él una silla vacía. Se le indica a la paciente que imagine en la silla vacía a una persona con la cual tenga motivos de odio, ira, rencor, envidia o resentimiento no resueltos.



- La paciente deberá expresar toda la carga emocional que tiene contra ella.
- Después de sentar a la paciente en la silla vacía; dándole la indicación que imagine que es la otra persona y responda lo que ha escuchado.
- Se debe de repetir las veces que sean necesarias para que esta práctica le permita liberarse del infierno emocional que pesa en su interior.

**TIEMPO:** 45 minutos x dos sesiones

**MATERIALES A UTILIZAR:** sillas

## **V. TIEMPO DE EJECUCION**

Las terapias se realizaron en el centro de Salud Buenos Aires de Cayma, una vez por semana y de acuerdo a la continuidad de la paciente.

## **VI. LOGROS OBTENIDOS**

Por la continuidad de la paciente se logró desarrollar todas las sesiones. De acuerdo a las sesiones realizadas la paciente, manifiesta satisfacción en las terapias pues manifestaba bienestar en ella y ludia que se siente bien y que había tomado decisiones en su vida con el objetivo de salir adelante a pesar de todo.

## **VII. REFORZAMIENTO DE CONDUCTA**

- Manifestación de estabilidad en sus emociones
- Está decidida a salir adelante aun en medio de las dificultades

---

**MONICA KJURO SIVINCHA**  
Bachiller en Psicología



Section VII. Responses to the TONI-2 Form A

5-7 yrs. >	1	1.	1	2	3	4	5	6		0	29.	1	2	3	4	5	6
	1	2.	1	2	3	4	5	6		0	30.	1	2	3	4	5	6
	1	3.	1	2	3	4	5	6		0	31.	1	2	3	4	5	6
	1	4.	1	2	3	4	5	6		0	32.	1	2	3	4	5	6
8-9 yrs. >	1	5.	1	2	3	4	5	6		—	33.	1	2	3	4	5	6
	1	6.	1	2	3	4	5	6		—	34.	1	2	3	4	5	6
	1	7.	1	2	3	4	5	6		—	35.	1	2	3	4	5	6
	1	8.	1	2	3	4	5	6		—	36.	1	2	3	4	5	6
	1	9.	1	2	3	4	5	6		—	37.	1	2	3	4	5	6
10-12 yrs. >	1	10.	1	2	3	4	5	6		—	38.	1	2	3	4	5	6
	1	11.	1	2	3	4	5	6		—	39.	1	2	3	4	5	6
	1	12.	1	2	3	4	5	6		—	40.	1	2	3	4		
	1	13.	1	2	3	4	5	6		—	41.	1	2	3	4		
	1	14.	1	2	3	4	5	6		—	42.	1	2	3	4	5	6
13-17 yrs. >	1	15.	1	2	3	4	5	6		—	43.	1	2	3	4	5	6
	1	16.	1	2	3	4	5	6		—	44.	1	2	3	4	5	6
	1	17.	1	2	3	4	5	6		—	45.	1	2	3	4		
	1	18.	1	2	3	4	5	6									

# HOJA DE RESPUESTAS EPQ - R

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha: 18-10-16  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: 24  
 Fecha de Evaluación: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Evaluador: \_\_\_\_\_

MARQUE CON ASFA LA RESPUESTA SI; NO  
 QUE MEJOR LE DESCRIBA A UD. Y A SU MANERA DE SER

1	Si	No	13	Si	No	25	Si	No	37	Si	No	49	Si	No	61	Si	No	73	Si	No
2			14			26			38			50			62			74		
3			15			27			39			51			63			75		
4			16			28			40			52			64			76		
5			17			29			41			53			65			77		
6			18			30			42			54			66			78		
7			19			31			43			55			67			79		
8			20			32			44			56			68			80		
9			21			33			45			57			69			81		
10			22			34			46			58			70			82		
11			23			35			47			59			71			83		
12			24			36			48			60			72					

## PERFIL

	E	N	P	L
PD	10	14	7	7
T	40	51	56	45

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR EL PERFIL  
 Marque la puntuación T correspondiente a cada escala  
 y luego una los puntos de las escalas E, N, y P

Dimensiones	PD	T	Puntuaciones Bajas Caracterizan A una persona como...	30	40	50	60	70	Puntuaciones Altas Caracterizan A una persona como...	
Extraversión	10	40	Reservada, discreta, socialmente inhibida	0	0	0	0	0	Sociable, activa, animada	E
Emotividad (Neuroticismo)	14	51	Relajada, poco preocupada y estable	0	0	0	0	0	Aprensiva, ansiosa y con humor deprimido	N
Dureza (Psicoticismo)	7	56	Altruista, empática y convencional	0	0	0	0	0	Impulsiva, creativa y poco socializada	P
Escala L	7	45	Sincera, inconformista	0	0	0	0	0	Poco sincera, conformista	L
				30	40	50	60	70		

ESCALA DE ZUNG  
DEPRESIÓN

Edad: 24 años

Fecha: 15-10-16

NOMBRE: Nafidad Q.S

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

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

MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1		3	X
	X	2	1
1		3	X
X	2	3	4
4	3	X	1
	X	2	1
X	2		4
	3	2	1
1		3	X
1	2		X
X		2	1
4		X	1
X	2		4
	3	X	1
1	2		X
X		3	4
4	X	2	1
X	3	2	1
1		X	4
X	3	2	1

PUNTAJE TOTAL: 53

**Eleval**

ÍNDICE DE VALORACIÓN DE DEPRESIÓN							
PUNTOS	INDICE EAD=	PUNTOS	INDICE EAD	PUNTOS	INDICE EAD	PUNTOS	INDICE
20	25	36	45	52	65	68	85
21	26	37	46	53	66	69	86
22	28	38	48	54	68	70	88
23	29	39	49	55	69	71	89
24	30	40	50	56	70	72	90
25	31	41	51	57	71	73	91
26	33	42	53	58	73	74	93
27	34	43	54	59	74	75	94
28	35	44	55	60	75	76	95
29	36	45	56	61	76	77	96
30	38	46	58	62	78	78	98
31	39	47	59	63	79	79	99
32	40	48	60	64	80	80	100
33	41	49	61	65	81		
34	43	50	63	66	83		
35	44	51	64	67	84		

ÍNDICE EAD	INTERPRETACIÓN
MENOS DE 50	DENTRO DE LÍMITES NORMALES
50 - 59	DEPRESIÓN LEVE MODERADA
60 - 69	DEPRESIÓN MODERADA INTENSA
70 A MÁS	DEPRESIÓN INTENSA

**Eleval<sup>®</sup>**  
Sertralina 50 mg

**Paroxet<sup>®</sup>**  
PAROXETINA 20 mg / 40 mg

Nombre: N.Q.S.  
Edad: 24  
Fecha: 15-10-16

