

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA**  
**COMUNICACIÓN**



**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**

**RESILIENCIA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN MADRES CON  
HIJOS CON DISCAPACIDAD DE TRES ASOCIACIONES, AREQUIPA 2018.**

Tesis presentada por las bachilleres:

**RAMOS POMA GABRIELA VANESA  
YUCRA CHOQUE GREISY MEDALID**

Para optar por el Título Profesional de Psicólogas

**Asesor:** Dr. Ángel Roldan Humpire

**Arequipa - Perú**

**2019**

## **DEDICATORIA**

*La presente investigación es dedicada principalmente a Dios, inspirándonos y proveyéndonos la fuerza necesaria para trabajar en este proyecto la cual es una de nuestras metas más deseadas.*

*A nuestros queridos padres los cuales gracias a su trabajo y sacrificio y especialmente amor durante todo este proceso académico nos ha permitido llegar aquí.*

*A las madres de familia de niños con discapacidad quienes nos apoyaron con su participación y nos brindaron su valioso tiempo admirando su gran trabajo y labor diaria.*

## AGRADECIMIENTO

*Agradecemos a Dios por bendecirnos y guiarnos a lo largo de nuestra vida, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.*

*Agradecemos a nuestros docentes de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, a nuestro asesor quien nos ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente, a CONADIS y a las asociaciones: Un Ángel en tu Vida, Equipo 21 y Fuerza Nueva por su valioso aporte para nuestra investigación.*

## RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo principal establecer la relación entre la resiliencia y los estilos de afrontamiento en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa. El estudio tiene un diseño no experimental de corte transversal y de tipo descriptivo correlacional simple, se contó con la participación de 47 madres con hijos con diferentes discapacidades., los instrumentos utilizados fueron la escala de resiliencia materna diseñada por Roque, Acle y García (2009) y el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE) fue creado por Carver, Heier y Weintraub (1989). Los resultados mostraron que el nivel predominante de resiliencia en madres es el alto con un 74.5% siendo la mayoría de la muestra la que ha podido adquirir esta cualidad que hace enfrentar situaciones adversas frente a la discapacidad de sus hijos, el 17% obtuvo un nivel medio y un 8.5% un nivel bajo, asimismo, se mostró que el estilo más predominante en las tres asociaciones es el afrontamiento enfocado en la emoción con un 63.8%, mostrando que las madres interpretan de una manera diferente la situación o hecho estresante para luego buscarle un sentido del cual poder aprender. Con respecto a la relación entre la resiliencia materna y estilos de afrontamiento al estrés se encontró que existe relación significativa de 0,003 el cual es menor al grado de error aceptable (alfa “0,005”) por lo tanto, existe asociación entre las variables nivel de resiliencia y estilos de afrontamiento al estrés, es decir, que las madres tiene un hijo con discapacidad se esfuerzan cognitiva y conductualmente para poder tratar de la mejor manera posible las situaciones de desafío llevando a plantear inmediatamente una respuesta potencial de afrontamiento.

**Palabras claves:** Resiliencia materna, estilos de afrontamiento, discapacidad

## ABSTRACT

The main objective of the research was to establish the relationship between resilience and coping styles in mothers belonging to three associations with children with disabilities in Arequipa. The study has a non-experimental cross-sectional design and a simple correlational description, with the participation of 47 mothers with children with different disabilities. The instruments used were the maternal resilience scale designed by Roque, Acle and García (2009) and the Stress Coping Modes Questionnaire (COPE) was created by Carver, Heier and Weintraub (1989). The results showed that the predominant level of resilience in mothers is the high one with 74.5%, being the majority of the sample the one that has been able to acquire this quality that makes facing adverse situations in front of the disability of their children, 17% obtained a level medium and 8.5% a low level , likewise, it was shown that the most predominant style in the three associations is the confrontation focused on emotion with 63.8%, showing that the mothers interpret the stressful situation or event in a different way and then look for a sense from which to learn. With respect to Significant relationship between maternal resilience and coping styles to stress It was found that there is a significant relationship of 0.003 which is lower than the acceptable error level (alpha "0.005"). Therefore, there is an association between the variables level of resilience and stress coping styles, that is, that mothers have a child With disabilities, they strive cognitively and behaviorally to be able to deal in the best possible way with challenging situations leading to immediately raise a potential coping response.

**Keywords:** Maternal resilience, coping styles, disability

# ÍNDICE

<b>DEDICATORIA.....</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	iii
<b>RESUMEN .....</b>	iv
<b>ABSTRACT.....</b>	v
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	xi

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. OBJETIVOS .....	4
1.2.1. OBJETIVO GENERAL .....	4
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
1.3. HIPÓTESIS .....	5
1.4. JUSTIFICACION .....	6
1.5. LIMITACIONES .....	7
1.6. DEFINICION DE TERMINOS BÁSICOS .....	8
1.7. VARIABLES E INDICADORES .....	11

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

2.1.	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION .....	13
2.1.1.	ANTECEDENTES INTERNACIONALES .....	13
2.1.2.	ANTECEDENTES NACIONALES .....	14
2.1.3.	ANTECEDENTES REGIONALES .....	16
2.2.	BASE TEÓRICA.....	18
2.2.1.	RESILIENCIA EN MADRES .....	18
2.2.2.	ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....	30
2.2.3.	RELACIÓN DE LA RESILIENCIA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO .	41

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

3.1.	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.....	45
3.2.	POBLACIÓN .....	46
3.3.	MUESTRA .....	46
3.4.	INSTRUMENTOS .....	46
3.4.1.	ESCALA DE RESILIENCIA MATERNA (ERESMA) .....	47
3.4.2.	CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS (COPE) ....	49
3.5.	PROCEDIMIENTOS .....	51

**CAPITULO IV**

<b>RESULTADOS .....</b>	53
-------------------------	----

**CAPITULO V**

<b>DISCUSION .....</b>	63
<b>CONCLUSIONES .....</b>	68
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	71
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	72
<b>ANEXOS .....</b>	80
<b>CASOS.....</b>	92

## LISTA DE TABLAS

### Tabla 1

<i>Niveles de resiliencia que presenten las madres pertenecientes a tres asociaciones de padres con hijos con discapacidad en Arequipa .....</i>	53
--	----

### Tabla 2

<i>Estilos de afrontamiento al estrés que presenten las madres pertenecientes a tres asociaciones de padres con hijos con discapacidad en Arequipa.....</i>	55
---	----

### Tabla 3

<i>Relación entre la resiliencia y estilos de afrontamiento al estrés en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa, 2018 .....</i>	56
---	----

### Tabla 4

<i>Relación entre la autodeterminación de la resiliencia materna con el estilo de afrontamiento enfocado en el problema con en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa, 2018 .....</i>	57
---	----

### Tabla 5

<i>Relación entre la desesperanza con estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa, 2018 .....</i>	58
--	----

**Tabla 6**

*Relación entre la falta de apoyo de la pareja con estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa, 2018....59*

**Tabla 7**

*Relación entre la fe espiritual con estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en madres pertenecientes a tres asociaciones de padres con hijos con discapacidad en Arequipa, 2018 ....60*

**Tabla 8**

*Relación de los recursos limitados de la resiliencia materna y el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en madres con hijos con discapacidad en Arequipa, 2018.....61*

**Tabla 9**

*Relación del rechazo de responsabilidad de la resiliencia materna y el estilo de afrontamiento evitativo en madres con hijos con discapacidad en Arequipa, 2018.....62*

## INTRODUCCIÓN

En el año 2012 se realizó la Primera Encuesta Nacional Especializada sobre discapacidad realizada por el INEI, el cual indicó que en el Perú existen 1 millón 575 mil 402 personas con algún tipo de discapacidad, resultado que significaba el 5,2% de la población total, entre ellos 129 796 eran menores de 15 años, 651 312 entre 15 a 64 años y finalmente mayores de 65 años son 794 019 personas. Específicamente en Arequipa más de 73 mil personas, que representa el 5,2 % de la población de Arequipa, padece algún tipo discapacidad (INEI, 2012).

En el país son generalmente las madres quienes se encargan del cuidado de los menores con discapacidad, en el día a día estas personas se encuentran frente a situaciones adversas que cada una de ellas afronta de manera diferente de acuerdo a su capacidad de sobreponerse ante las mismas, esta capacidad se llama resiliencia, es importante identificar como afecta la discapacidad de sus hijos en ellas, lo que hacen por ellos con que fortalezas y recursos cuentan.

El tener un hijo con discapacidad afecta la calidad de vida de los miembros de la familia, su situacional laboral y la disponibilidad de recursos financieros, la disposición y uso del tiempo libre, la aparición de acontecimientos en la vida familiar como el divorcio o el nacimiento de otro niño, la incertidumbre que les provoca pensar en cómo será el futuro de sus hijos, estas situaciones les hace experimentar estrés (Gargiulo, 2003; López y Roque, 2006).

Es por esto que los padres manifiestan maneras de tratar dicha situación para afrontarlo; según Lazarus y Folkman (1995) existen muchas estrategias de afrontamiento que puede manejar una persona y el uso de unas u otras es en consecuencia determinado por el origen del estresor en el que se produce esto es lo que se denomina estilo de afrontamiento.

El trabajo que a continuación se expone surge a partir de la preocupación por las madres y cuidadores que tienen a cargo a un hijo con algún tipo de discapacidad, siendo una población que recibe poco apoyo económico, social y de salud por parte del Estado. Asimismo, pretende contribuir para la ampliación del conocimiento empírico y con el cual se podrá trabajar con programas de capacitación y talleres para mejorar su capacidad de enfrentar sus problemas e instruirse para un mejor cuidado de su menor hijo, con respeto, consideración y aceptación, cualquiera sea su problemática.

En base a la realidad presentada surge la pregunta ¿Existirá relación entre la resiliencia y los estilos de afrontamiento en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa? Para responder a esta pregunta se aborda en el primer capítulo, el planteamiento del problema, el cual muestra la problemática actual de las variables de estudio; seguidamente se presenta el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación, luego se justifica la importancia del trabajo y las limitaciones que este presenta.

En el segundo capítulo se muestra el marco teórico que profundiza la información de cada variable, comenzando con los antecedentes donde se registran las investigaciones realizadas partiendo de los hallazgos internacionales y posteriormente los nacionales. Continuando se encuentra la base teórica de las variables de resiliencia materna y estilos de afrontamiento, lo que nos permite comprenderlas con amplitud y asociarlas, seguidamente la definición de términos básicos. Por último, tenemos las hipótesis de la investigación y la identificación las variables estudiadas mediante el cuadro de operacionalización.

En el tercer capítulo se describe el método y diseño de investigación que se utiliza, los participantes y se detallan los instrumentos que se utilizarán para la aplicación, recogida y procesamiento de datos.

Finalmente, el cuarto capítulo aborda los resultados de la investigación por cada hipótesis planteada con su respectiva interpretación, asimismo la discusión, conclusiones y sugerencias.

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde que a un hijo se le diagnostica una discapacidad, el entorno familiar sufre la propia realidad de la enfermedad, en los padres se perciben diferentes fases psicológicas que pueden variar según cada caso, aunque todos los padres suelen pasar por fases similares en el momento del diagnóstico, es desde ese momento que ellos ven cómo cambian todos los ámbitos de su vida para siempre.

En cuanto la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son

dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales (Organización Mundial De la Salud, 2018).

Ahora bien, en cuanto los padres empiezan a asumir la crianza de un niño con discapacidad se manifiestan diversas situaciones que los padres deben de enfrentar como la educación y salud del niño y el futuro que podrían tener si ellos no están allí; existen muchas estrategias de afrontamiento que puede manejar una persona y el uso de unas u otras es en consecuencia determinado por el origen del estresor en el que se produce esto es lo que se denomina estilo de afrontamiento. Por ejemplo, algunas personas tienden casi de forma invariable a contarles sus problemas a los demás, mientras que otras se los guardan para sí mismos. Según Lazarus y Folkman (1995), afrontar un problema depende de “aquellos esfuerzos cognitivos conductuales que emplea la madre para manejar las demandas que le ocasiona el cuidado de un hijo con discapacidad.

Además de los estilos de afrontamiento los padres también pueden desarrollar la capacidad de enfrentar y recuperarse de las crisis o situaciones adversas y mantener una conducta adaptativa todo ello se llama resiliencia.

La importancia en el estudio prima por tomar una muestra que ha sido poco estudiada y olvidada por la sociedad ya que es minoría y con los resultados de los cuestionarios a las madres de los niños con discapacidad se tendrá el conocimiento empírico para poder intervenir de una manera objetiva ante los problemas y dificultades por las que estas atraviesan.

En la presente investigación se dará a conocer y ampliar estos conceptos los cuales han sido pocos estudiados en el entorno en el que vivimos, la investigación es de tipo descriptivo correlacional con diseño transversal. Por eso con esta investigación se busca establecer relación

entre la resiliencia y estilos de afrontamiento en madres con hijos perteneciente a instituciones que trabajan con la discapacidad.

Es por ello que se plantea la siguiente pregunta o problema de investigación que guiará la presente tesis:

¿Existirá relación entre la resiliencia y los estilos de afrontamiento en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa?

Y las siguientes preguntas específicas que nos darán a conocer qué nivel de resiliencia materna y estilos de afrontamiento predomina, posteriormente se relacionarán los factores de resiliencia materna con los estilos de afrontamiento:

¿Cuáles serán los niveles de resiliencia que presenten las madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa?

¿Cuáles serán los estilos de afrontamiento al estrés que presenten las madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa?

¿Existirá una relación significativa entre la autodeterminación de la resiliencia materna con el estilo de afrontamiento enfocado en el problema?

¿Existirá una relación significativa entre la desesperanza con el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción?

¿Existirá una relación significativa entre la falta de apoyo de la pareja con el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción?

¿Existirá una relación significativa entre la fe espiritual con el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción?

¿Existirá una relación significativa entre tener recursos limitados para satisfacer necesidades con el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción?

¿Existirá una relación significativa entre el rechazo la responsabilidad personal con el estilo de afrontamiento evitativo?

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL**

Establecer cuál es la relación entre la resiliencia y estilos de afrontamiento al estrés en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa.

### **1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar cuáles son los niveles de resiliencia que presenten las madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa.

Identificar cuáles son los estilos de afrontamiento al estrés que presenten las madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa.

Determinar cuál es la relación notable entre la autodeterminación de la resiliencia materna con el estilo de afrontamiento enfocado en el problema en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa.

Evaluar cuál es la relación considerable entre la desesperanza con el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa.

Analizar cuál es la relación considerable entre la falta de apoyo de la pareja con el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa.

Determinar cuál es la relación considerable entre la fe espiritual con el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa.

Analizar cuál es la relación considerable entre tener recursos limitados para satisfacer necesidades con el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa.

Demostrar cuál es la relación significativa del estilo de afrontamiento evitativo con el rechazo la responsabilidad personal en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa.

### 1.3. HIPÓTESIS

**H0:** No existe una relación significativa entre la resiliencia y los estilos de afrontamiento en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa.

**H1:** Existe una relación significativa entre la resiliencia y los estilos de afrontamiento en las madres pertenecientes a tres asociaciones de padres con hijos con discapacidad en Arequipa.

#### 1.4. JUSTIFICACION

Este trabajo de investigación es de importancia, por ser realizada con madres que tienen hijos con discapacidad los cuales no han sido tomados en cuenta por la sociedad y es muy poca la investigación que se ha realizado en esta muestra.

Las madres de las personas con discapacidad tienen una labor especial e importante en el cuidado de sus hijos en el proceso de desarrollo luchando con ellos frente a las adversidades que le pone la sociedad, lamentablemente muchas de ellas no saben cómo enfrentar dicha situación y deciden renunciar a su labor desde el diagnóstico de la discapacidad de su niño.

Algunas de ellas desarrollan factores de resiliencia siendo capaces de adaptarse a la situación estresante y vivir de una manera satisfactoria y otras hacen suyas algunas estrategias de afrontamiento (afrontamiento racional, afrontamiento emocional, afrontamiento evitativo) como se mostró en un estudio realizado por Oliva, Fernández y Gonzales (2014) en México con 97 padres de niños discapacitados, donde evidenciaron que el 25% de ellos aún se encontraba en la fase de shock, habiendo pasado más de 4 años, el 3% se encontraba en la fase reacción (negación y búsqueda de otras opiniones profesionales) y el 71% de los padres llegaron a la fase de adaptación (citado en Briones, P. y Tumbaco, L. 2017). Aunque en teoría se pueden utilizar una multitud de estrategias para tratar una situación estresante, cada individuo tiene una preferencia a utilizar una serie determinada de estrategias en situaciones diversas.

Con los resultados de la evaluación de los rasgos psicosociales en las madres que tienen hijos con discapacidad, se tendrá el conocimiento empírico por tanto este, tendrá la utilidad para trabajar con programas de capacitación y talleres para mejorar su capacidad de enfrentar sus

problemas e instruirse para un mejor cuidado de su menor hijo, con respeto, consideración y aceptación, cualquiera sea su problemática.

Este trabajo tiene implicaciones prácticas y reales, cuyo conocimiento nos permitirá conocer de mejor forma la vivencia de las madres o cuidadores sobre la manera de afrontar la discapacidad de sus hijos, su interrelación con sus familias y la sociedad, como parte esencial de las soluciones como componentes humanos.

Por tanto, el presente estudio tiene gran relevancia social, por cuanto las personas con discapacidad y sus familias ocupan un lugar en la sociedad y es necesario que comprendan que tienen las herramientas necesarias para superar los problemas que se presentan a diario, y por tanto para que la sociedad no les tenga lástima a ellas y sus hijos, sino que se les dé la oportunidad de desenvolverse, asimilar su creatividad y de esta manera sean productivas, respetadas y consideradas como todos los ser humano con igualdad de derechos, oportunidades e igualdades ante la ley.

## **1.5. LIMITACIONES**

Muestra de madres de familia con hijos con discapacidad es limitada por la falta de cooperación de algunas madres para contestar los cuestionarios.

Carencia de antecedentes previos de investigación sobre el tema de estudio

Escasos instrumentos psicológicos dirigidos a evaluar los estilos de afrontamiento al estrés en padres con hijos con discapacidad.

El sesgo de los sujetos al contestar los instrumentos y se evidencia al no contar con las escalas de veracidad.

Poco tiempo de las madres para contestar a los instrumentos que serían administrados en 25 minutos aproximadamente.

## **1.6. DEFINICION DE TERMINOS BÁSICOS**

**Afrontamiento:** Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, son valoradas como situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona. Cuando una persona valora o aprecia una situación como dañina, amenazante o de desafío, elabora inmediatamente una respuesta potencial de afrontamiento.

**Afrontamiento al estrés:** Ante situaciones estresantes, las personas despliegan unos “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986). Estos mecanismos de afrontamiento, sirven para manejar el problema en sí, y a la vez son fundamentales para regular las respuestas emocionales que pueden aparecer ante situaciones estresantes.

**Afrontamiento centrado en el problema:** Según Lazarus y Folkman (1986) estos “se presentan cuando el individuo pretende cambiar la relación que hay, de diferentes maneras ya sea alejándose o disminuyendo la amenaza. Utilizan estrategias como resolución de problemas, toma de decisiones, búsqueda de información, manejo de tiempo, búsqueda de consejo o

elaboración de un plan, estas estrategias se centran en la acción y se utilizan para cambiar la situación estresante”.

**Afrontamiento centrado en la emoción:** Lazarus y Folkman (1986) manifiestan que “los esfuerzos de afrontamiento se dirigen a modificar la reacción emocional del individuo. Estas estrategias están ubicadas en el grupo llamado estrategias cognitivas de afrontamiento, presentando en individuos que creen que es difícil hacer algo para cambiar al estresor y, toman la medida de resistir ante ello”.

**Autodeterminación:** Se refiere a la habilidad de la madre o tutora para tomar decisiones por sí misma, fijarse metas, intentar lograrlas, evaluar su cumplimiento y hacer los arreglos necesarios a partir de lo logrado, para conseguir la atención adecuada del hijo con alguna discapacidad. (Roque, Acle y García, 2009).

**Desesperanza:** Según Roque, Acle y García (2009) se refiere a los pensamientos, sentimientos y acciones de la madre o tutora acerca de aspectos propios o externos a ella, asociados con la creencia de que por más que haga, es difícil lograr los eventos en relación con el hijo que presenta alguna discapacidad, pese a que los evalúe como deseables e importantes.

**Discapacidad:** La persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás (Ley N° 29973,2012).

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. (Organización Mundial de la Salud OMS, 2012).

**Estrés:** Lazarus y Folkman (1986) definen el concepto de estrés refiriéndose a las “interrelaciones que se producen entre la persona y su contexto, en el que está inserto. El estrés se produce cuando la persona valora lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal”. Por medio se encuentra la evaluación cognitiva que realiza el sujeto; pero, además, tiene en cuenta el elemento emocional que conlleva esta situación.

**Falta de apoyo de la pareja:** Según Roque, Acle y García (2009), Se determina por los problemas que la madre o tutora nota en su relación con la pareja, por la insuficiente ayuda material, afectiva y emocional que percibe de ésta, sobre todo en lo que se refiere a la atención del hijo con alguna excepcionalidad; además de que se asume a la propia vida como muy problemática.

**Fe espiritual:** Apunta al compromiso y devoción de la madre o tutora hacia sus convicciones y mandatos religiosos, que la ayudan a formar, sacar adelante y dar la educación que necesita su hijo con alguna discapacidad, y que además le dan paz interior, serenidad y fuerza. (Roque, Acle y García, 2009)

**Resiliencia:** Grotberg (1995) la define como la capacidad humana universal para hacer frente a los infortunios de la vida, superarlos o incluso ser transformado por ellos. La Resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez. Según Luthar (2006) es el adaptarse positivamente dentro de un contexto de adversidad importante.

**Resiliencia materna:** Roque, Acle y García (2009) definen la resiliencia materna como “la adaptación positiva frente a la excepcionalidad siendo la madre un mediador importante para proporcionar cuidados y atención necesaria a los hijos con discapacidad.”

## **1.7. VARIABLES E INDICADORES**

### **1.7.1. Variable uno**

Resiliencia materna: Para Roque, Acle y García (2009) la resiliencia materna es la adaptación positiva frente a la excepcionalidad siendo la madre un mediador importante para proporcionar cuidados y atención necesaria a los hijos con discapacidad.

#### **V1: Resiliencia**

### **1.7.2. Variable dos**

Estilos de afrontamiento: Los estilos de afrontamiento se refieren a conductas que tienen lugar tras la aparición del estresor o en respuesta a estresores crónicos (Wheaton, 1983).

#### **V2: Estilos de afrontamiento al estrés**

### **1.7.3. Operacionalización de variables**

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO	ESCALA
<b>Resiliencia Materna</b>	Autodeterminación	1, 11, 14, 17, 24, 30, 33, 42, 44		
	Fe espiritual	5, 22, 26, 29, 35		
	Desesperanza	2, 4, 8, 12, 15, 20, 23, 28, 32, 36, 40, 43, 45	Escala de Resiliencia	
	Falta de apoyo de la pareja	6, 10, 16, 21, 39, 34, 41,	Materna (ERESMA)	Ordinal
	Recursos limitados para satisfacer necesidades	7, 13, 18, 25, 31, 37		
<b>Estilos de afrontamiento</b>	Rechazar la responsabilidad personal	3, 9, 19, 27, 38		
	Estilo de afrontamiento enfocado en el problema	1, 2, 3, 4, 5, 14, 15, 16, 17, 18, 27, 28, 29, 30, 31, 40, 41, 42, 43, 44		
	Estilo de afrontamiento enfocado en la emoción	6, 7, 8, 9, 10, 19, 20, 21, 22, 23, 32, 33, 34, 35, 36, 45, 46, 47, 48, 49	Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COOPE)	Ordinal
	Estilo de afrontamiento enfocado en la evitación.	11, 12, 13, 24, 25, 26, 37, 38, 39, 50, 51, 52		

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En la presente investigación de resiliencia y estilos de afrontamiento al estrés frente a la discapacidad se buscó algunas investigaciones que aporten y que tengan conocimiento de vital importancia y en relación con el tema de estudio.

##### 2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

El trabajo de Roque,M y Tomasin,G (2012) es un estudio sobre la resiliencia materna en funcionamiento familiar y discapacidad intelectual de los hijos en un contexto marginado. Participaron 76 madres voluntarias, quienes tenían un hijo con discapacidad

intelectual inscrito en una escuela de educación especial. Para evaluar resiliencia materna y funcionamiento familiar, se aplicaron dos escalas. Se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones de ambos instrumentos, en particular, entre la autodeterminación como característica de resiliencia, con los cinco mediadores personales y ambientales de la misma escala, así como con las dimensiones del funcionamiento familiar.

Cubillan,B (2005) sobre la resiliencia en madres de niños y adolescentes con discapacidad cuyo objetivo general es determinar el nivel de resiliencia en madres de niños y adolescentes con discapacidad esta investigación fue descriptiva puesto que el propósito de esta investigación es profundizar e indagar como es y cómo se manifiestan aquellos aspectos o dimensiones que afectan la resiliencia en madres que asisten a centros de atención para sus hijos que presentan alguna discapacidad. Con una población de 325 madres o representantes, este estudio contó con la escala de resiliencia materna obteniéndose como resultado que la autodeterminación fue alta 40,7 según los baremos de interpretación esto quiere decir que las mamás o tutoras perciben que lo que hacen es de completo beneficio para su hijo con discapacidad y tiene la confianza en que tendrán un mejor futuro buscando los servicios que su hijo necesite para que tenga una mejor calidad de vida tomando decisiones por sí misma y fijándose metas que cumplirá.

## **2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES**

Briones, P. y Tumbaco, L. (2017) en el estudio titulado Resiliencia materna y ajuste parental ante la discapacidad en madres de Centros Educativos Básicos Especiales de Lima Este, 2016 tuvo como objetivo principal determinar la relación significativa entre

resiliencia materna y ajuste parental ante la discapacidad en madres de Centros Educativos Básicos Especiales de Lima Este, 2016. El estudio tiene un diseño no experimental de corte transversal y de alcance correlacional, se contó con la participación de 98 madres cuyas edades están comprendidas entre 20 a 59 años con hijos de diferentes discapacidades, los instrumentos utilizados fueron la escala de resiliencia materna diseñada por Roque, Acle y García (2009) y el cuestionario de actitud parental ante la discapacidad por Fernández, Oliva y Calderón (2013). Los resultados mostraron que entre resiliencia materna y ajuste parental ante la discapacidad, existe asociación significativa ( $\chi^2 = 16.267$ ,  $p < 0.05$ ), es decir las madres que tienen altos índices de resiliencia presentan mayor adaptación ante una adversidad, y el 2% de las madres que están en la fase de shock presentan niveles bajos de resiliencia.

González, A y Peña,R (2015) realizado en Lima este estudio tuvo como objetivo conocer la relación entre la percepción de estilos de crianza y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes mujeres con trastorno límite de la personalidad. La muestra estuvo constituida por 51 pacientes del sexo femenino con edades de 18 a 50 años de un Hospital de Salud Mental. Se utilizó dos instrumentos: Escala Egna Minen Bertraffande UppfostranBreve- Modificado (EMBU) construida por Perris et al. (1980) adaptada en el Perú por el grupo de investigación del Instituto nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- HideyoNoguchi” (2009) y el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE) creada por Carver et al. (1989) adaptada al Perú por Casuso (1996). Los resultados encontrados fueron que no existe relación entre percepción de estilos de crianza con los estilos de afrontamiento al estrés, a excepción de la dimensión de exigencias y estilos de afrontamiento enfocados en el problema que presenta una relación moderada inversa altamente significativa ( $\rho = -360^{**}$ ,  $p < .01$ ), es decir cuanto mayor hayan sido las exigencias de los padres menor es el uso de estilos de afrontamiento centrado en el problema

en las pacientes con trastorno de personalidad límite. Si los padres fueron muy exigentes con sus calificaciones, desempeño y actividades mostrándose intrusivos, menor serán las acciones propias para afrontar el problema.

### **2.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES**

En la presente investigación de resiliencia y estilos de afrontamiento al estrés frente a la discapacidad se trató se buscar algunas investigaciones que aporten y que tengan conocimiento de vital importancia.

En la investigación De la Torre, D. & Marroquin, J. (2017) Felicidad y Estilos de afrontamiento al estrés en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur tuvo como objetivo de esta investigación es determinar la relación entre estilos de afrontamiento al estrés y la felicidad en una muestra de 42 pacientes diagnosticados con cáncer de mama, que se encuentra entre los estadios clínicos I al IV que asisten al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur de la ciudad de Arequipa. Para ello se empleó la Escala de la Felicidad de Lima (Reynaldo Alarcón, 2006) y el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés COPE (Carver, et al, 1989). El diseño que se utilizo fue descriptivo correlacional transversal. Entre los resultados más importantes se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre la felicidad y la estrategia de supresión de otras actividades ( $r=-0.324$ ;  $p<0.05$ ) y la estrategia búsqueda de apoyo social ( $r= -0.336$ ;  $p<0.05$ ), en ambos casos mientras más feliz esta la paciente menos aplica dichas estrategias. Además la felicidad se relaciona con la estrategia de negación ( $r=-0.305$ ;  $p<0.05$ ) en este caso a mayor felicidad hay un mayor uso de esta estrategias. Los resultados demuestran una

relación relevante entre las variables investigadas, lo que contribuye a orientar la intervención psicológica promoviendo estilos de afrontamiento que favorezcan mayor felicidad.

Aquima, Y. (2014) realizó una investigación sobre el clima familiar y estilos de afrontamiento en madres que tienen hijos con discapacidad intelectual que tuvo como objetivo general conocer la relación entre estos la metodología fue del tipo descriptivo correlacional. Es descriptivo porque nos permite describir y medir las variables estudio tanto “Clima Social Familiar “y los “estilos de afrontamiento”, y es correlacional porque estudia el grado de relación o asociación que existe entre dos o más variables en un contexto particular. La población está conformada por 25 madres (con un rango de edad de 28 y 65 años con una media de 44.28 y una derivación estándar de 14 años) que tiene hijos con discapacidad intelectual cuyos hijos asisten al centro de educación especial CEBE “Nuestra Señora De La Consolación” En este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de modos de afrontamiento ante el estrés (COPE) y cuestionario de escala de clima social familiar (FES)de R.H Moos. Los resultados muestran existe una relación significativa entre el clima social familiar y los estilos de afrontamiento en las madres que tienen hijos con discapacidad intelectual. Es decir que las buenas relaciones interpersonales, la comunicación, el apoyo mutuo, el establecimiento de normas y reglas familiares, la estructura y estabilidad familiar apropiada se relaciona a estilos de afrontamiento enfocados a la reducción del malestar emocional y a la solución de problemas.

## 2.2. BASE TEÓRICA

### 2.2.1. RESILIENCIA EN MADRES

#### 2.2.1.1. Resiliencia

Grotberg (1995) la define como la capacidad humana universal para hacer frente a los infortunios de la vida, superarlos o incluso ser transformado por ellos. La Resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez. Según Luthar (2006) es el adaptarse positivamente dentro de un contexto de adversidad importante.

A su vez la APA (2018) afirma que la resiliencia es “el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras”.

Contribuye a desarrollar la resiliencia una mezcla de factores. Uno de los factores más importantes en la resiliencia es tener relaciones de cariño y apoyo dentro y fuera de la familia, así lo demuestran muchos estudios (APA, 2018). Contribuyen a afirmar la resiliencia de la persona las relaciones que proveen modelos a seguir, desprenden amor y confianza, y que brindan estímulos y seguridad.

Otros factores asociados a la resiliencia según la Asociación Americana de Psicología son:

- La capacidad de seguir los pasos necesarios para llevar a cabo los planes realistas que nos trazamos.
- Confianza en las fortalezas como en las habilidades y una visión positiva de sí mismos.

- Habilidades en la solución de problemas y comunicación.
- Destreza para manejar impulsos y sentimientos fuertes.

Existen cuantiosas conceptualizaciones sobre este constructo y las diversas explicaciones acerca de por qué algunas personas logran superar la adversidad, a continuación, se presentarán algunos enfoques teóricos sobre resiliencia:

- **Psicopatología del desarrollo:** El estudio de la resiliencia nace a partir de este enfoque y de las investigaciones realizadas con énfasis en el riesgo. Según Luthar (2006) estos estudios buscan reconocer tanto los síntomas y resultados negativos de la vulnerabilidad, el desajuste y la psicopatología, como los factores protectores relacionados que, al actuar, transforman los efectos negativos y originan resultados positivos en las personas.
- **Enfoque de competencias:** Para Masten & Powell (2003) emerge del enfoque de la psicopatología del desarrollo y se centra en los indicadores positivos, las competencias o fortalezas de los individuos pese a las necesidades o circunstancias adversas que aumentan el riesgo de presentar psicopatología
- **Psicoanalítico:** El estudio de la resiliencia bajo este enfoque, se relaciona con la Psicología del Yo. Block y block (1980) afirman que la resiliencia del Yo se refiere a una característica de personalidad que incluye un grupo de rasgos que reflejan recursos generales, tenacidad de carácter y flexibilidad en el funcionamiento, en respuesta a circunstancias ambientales. Esta dinámica capacidad del individuo, es la que le permite cambiar su nivel de control del Yo en cualquier dirección, como una función ante los

requerimientos del contexto. Por su lado Tyche (2003) que los procesos internos de la persona siendo estos sus mecanismos de defensa y de elaboración mental, son los que asisten a la resiliencia, para que el trauma se supere y el individuo se restaure.

- **Ecosistémico:** Según Ungar (2007) en este enfoque es importante el estudio de las características de resiliencia del individuo, así como identificar cuáles son los mediadores individuales y sociales que actúan de forma positiva o negativa para originar un determinado resultado, en personas, situaciones particulares y ante una adversidad específica. Esto significa comprender cuáles son y cómo se relacionan los aspectos personales y sociales que pueden beneficiar las características de resiliencia del individuo y su adaptación positiva ante la adversidad, al aminorar o no, el efecto de ésta. Desde este enfoque ecosistémico se desprenden dos elementos de resiliencia, que son la presencia de adversidad importante para la persona y la adaptación positiva ante ésta.

Para su estudio, se necesita reconocer las características de resiliencia ante situaciones de adversidades específicas y los mediadores personales y ambientales que aminoran o empeoran el impacto de la adversidad. La excepcionalidad de los hijos que se define como discapacidad o aptitudes sobresalientes con problemas para aprender, es una situación que genera elevada vulnerabilidad para los padres. La resiliencia de los padres y en especial de la madre a cargo de un hijo con discapacidad es un medio importante en su cuidado y rehabilitación.

#### **2.2.1.2. Resiliencia familiar**

Se define como la capacidad de auto reparación de la propia familia y favorece a identificar y promover algunos procesos que permiten a éstas afrontar con más efectividad a las

crisis o estados permanentes de estrés, sean internos o externos, y sobresalir fortalecidas de ellos.

Primeramente, la resiliencia familiar enlaza el proceso de la familia con los retos que se le plantea, evaluando el funcionamiento familiar en su contexto social y su grado de adaptación a este según las diversas demandas. En segundo lugar, examina los desafíos que enfrentan la familia y sus reacciones a lo largo del tiempo. La resiliencia familiar es conveniente para evaluar el funcionamiento de la familia tomando en cuenta su estructura, sus demandas psicosociales, sus recursos y limitaciones. Walsh (1996) entiende que la familia es un eje de resiliencia a pesar de situaciones de alta disfuncionalidad y que, al fortalecer la resiliencia familiar, reforzamos a la familia como unidad funcional y facilitamos que infunda esa capacidad en todos sus miembros.

Walsh (1996) refiere factores que promueven la resiliencia familiar:

- La naturaleza de la familia, sobre todo, la unión, el afecto y la preocupación por los niños dentro de la familia. La relación emocional estable con al menos uno de los padres u otra persona importante, aunque no necesariamente en todo momento, protege o aplaca los efectos dañinos de vivir en un medio adverso.
- La existencia de fuentes de apoyo externo, clima educacional abierto, y con límites claros. El género: se considera al género masculino como una variable con mayor fragilidad al riesgo, debido a que, en situación de quiebra familiar, los niños tienen más posibilidad que las niñas de ser reubicados en alguna institución, de reaccionar mediante conductas oposicionistas, lo cual, a su vez, origina respuestas negativas de sus padres. Usualmente las personas tienden a interpretar de modo diferente las conductas agresivas

de los niños que las de las niñas y, al mismo tiempo castigando más severamente estos comportamientos en los varones.

- El desarrollo de intereses y vínculos afectivos: la existencia de intereses y personas significativas fuera de la familia ayudan a la manifestación de comportamientos resilientes en contextos familiares adversos.
- La relación con pares: es una característica de los niños resilientes tener una muy buena relación con sus pares.
- El haber vivido experiencias de autoeficacia referida a la confianza en la propia capacidad, autoconfianza y contar con una imagen propia positiva.

#### **2.2.1.3. Resiliencia y discapacidad**

“La persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás” (Ley N° 29973,2012). Entre los aspectos que pueden determinar la resiliencia de las personas, “la discapacidad un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales” (Organización Mundial de la Salud OMS, 2018).

Con referencia a lo anterior lo que impacta positiva o negativamente la vida de un niño con alguna discapacidad, no sólo depende de sus características en sí, sino de la forma en que su familia lo ve, se relaciona y de lo que hace por él; lo que apunta a la importancia de los padres para facilitar su funcionamiento o para crearles limitaciones. La respuesta de los padres a las características excepcionales de los hijos es diferente y éstas, pueden cambiar el funcionamiento y el papel de los mismos (Gargiulo, 2003; López y Roque, 2006). Es importante la figura constante de los padres, especialmente de la madre para el éxito de niños con discapacidad.

#### **2.2.1.4. Resiliencia familiar en madres con hijos con discapacidad**

Barudy y Dantagnan (2005) definieron a la parentalidad resiliente como la capacidad de los padres para brindar el cuidado necesario de sus hijos y ayudarlos a enfrentar las perturbaciones que se presentan en su vida.

Por su parte Roque, Acle y García (2009) definen la resiliencia materna como “la adaptación positiva frente a la excepcionalidad siendo la madre un mediador importante para proporcionar cuidados y atención necesaria a los hijos con discapacidad.”

Núñez (2003) a su vez afirmó que la dinámica de roles en las familias se verá transformados cuando hay la figura de un miembro con discapacidad, estos roles pueden ser: Rol de la pareja, la comunicación de pareja queda restringida especialmente a la atención que se le tiene que dar al hijo con discapacidad, se limita la vida social de los padres por lo que evaden salir o participar en reuniones. El rol de la madre, el vínculo materno se vigoriza excesivamente y se vuelve provisora de cariño incondicional, lo que genera que quede apartado tanto sus necesidades, como las del esposo y los otros hijos. El rol del padre en la mayoría de los casos se

encuentra ausente y solamente pasa a ser proveedor económico ya que la madre interfiere para protegerlo, para mejorar esta situación el indagar sobre la problemática de su hijo sería una forma de estar más envuelto en su crianza. El rol de hermanos, existe una mezcla de emociones, ellos sienten enfado o culpa por sentirse saludables, pero a la vez sienten enfado por la mayor atención que toma el hermano discapacitado y por otro lado sienten afecto y admiración (Núñez, 2003).

En países como México, las madres de modo descomedido continúan a cargo de estos hijos, por lo que es importante enfocarse en ellas para reconocer cómo les afecta la discapacidad que presentan, qué es lo que hacen por ellos y con qué fortalezas y recursos cuentan, ya que pueden estar expuestas a presentar problemas relacionados con sus cuidados.

De ahí que se considera que la resiliencia de la madre, es un recurso importante para la atención de los hijos con discapacidad o con habilidades sobresalientes (Acle, 2006) por lo que resulta esencial lo señalado por Gardynik y McDonald (2005) con referencia a que se necesita mayor investigación empírica acerca de los mediadores que afectan a las personas que presentan alguna discapacidad y a los que están a cargo de ellos.

#### **2.2.1.5. Características de Resiliencia Materna**

- **Solución de problemas:** Proceso que incluye la actividad interna y la manipulación del entorno por parte de la madre o tutora, para identificar, descubrir y tratar de resolver efectivamente cuestiones relacionadas con la atención de su hijo.

- **Reglas en la familia:** Normas de conducta social que las madres o tutoras establecen y transmiten a los hijos, a partir de lo que consideran deseable o aceptable, y de lo que se puede o no hacer.
- **Metas respecto al hijo:** Propósitos que la madre o tutora aspira lograr respecto a su hijo y hacia los que dirige sus esfuerzos.
- **Percepción acerca del propio éxito y fracaso:** Significado que la madre o tutora atribuye a las acciones que lleva a cabo respecto a su hijo, lo que incluye evaluarlas como buenas o malas y aceptar o no la autoría de lo realizado.
- **Creencias acerca de ser madre, los hijos y la familia:** Enunciados específicos de la persona respecto a ser madre, sus hijos y su familia, que considera ciertos y sobre los que emite un juicio acerca de su verdad o falsedad.
- **Valores:** Modelos culturalmente definidos con los que la madre o tutora evalúa lo que es valioso, deseable, bueno o bello, y que guían la vida en sociedad, por lo que son enunciados acerca de cómo deben ser las cosas.
- **Fe espiritual:** Involucración y devoción de la madre o tutora hacia sus creencias religiosas o su adherencia a los mandatos religiosos que le ayudan a lograr ciertos fines.
- **Optimismo:** Actitud de la madre o tutora, caracterizada por una disposición positiva y alegre e inclinación para anticipar el resultado más favorable de los eventos y acciones que tienen que ver con su hijo.

- **Humor:** Estado de ánimo de la madre o tutora, que se caracteriza por la ecuanimidad, que regula que las situaciones y experiencias adversas no la afecten de forma explosiva
- **Apoyo social:** Proceso de intercambio que la madre o tutora mantiene con las personas que son importantes para ella dentro y fuera de la familia, donde son básicas las relaciones mutuas, la ayuda material, afectiva y/o emocional.

#### **2.2.1.6. Factores que integran el constructo de resiliencia materna**

- **Autodeterminación:** Se refiere a la habilidad de la madre o tutora para tomar decisiones por sí misma, fijarse metas, intentar lograrlas, evaluar su cumplimiento y hacer los arreglos necesarios a partir de lo logrado, para conseguir la atención adecuada del hijo con alguna discapacidad.

Como ya se ha mencionado la autodeterminación, es un componente que favorece el desarrollo socialmente aceptado de las madres que tienen hijos con alguna discapacidad, además de que es transcendental en la adaptación habitual a lo largo de sus vidas, lo que refiere a un papel cada vez más dinámico ante el entorno (APA, 2005). Que la madre o tutora perciba que sus acciones benefician a su hijo, tenga confianza en un futuro mejor para éste, lo inspire y aconseje, busque los servicios o información que requiera hasta conseguirlos y vea los problemas como una forma de aprender, apuntan a la autodeterminación, reflejada en asuntos de como poder tomar de decisiones por sí misma, fijar y lograr metas, evaluar su ejecución y hacer los ajustes necesarios a partir de lo logrado, buscando el bienestar del hijo con alguna excepcionalidad. Ello coincide con lo señalado por la APA (2018) respecto a que la persona resiliente, es aquella que

tiene planes alternos para implementar, los lleva a la práctica y es capaz de desarrollar nuevas estrategias que sustituyan a las que no funcionan.

En este sentido, para Murray (2003) la autodeterminación puede tener un impacto favorable y presto en el funcionamiento social y emocional, en el desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas y en la involucración de la persona en otros contextos; lo anterior, apunta a las asociaciones negativas y significativas identificadas, entre la autodeterminación con la desesperanza, la falta de apoyo de la pareja y el rechazo de la responsabilidad personal. Para el mismo Murray, cuando la persona no es autodeterminada, está en una situación delicada, de ahí la necesidad de promoverla entre las personas que están en contacto con la discapacidad.

- **Desesperanza:** Se refiere a los pensamientos, sentimientos y acciones de la madre o tutora acerca de aspectos propios o externos a ella, asociados con la creencia de que por más que haga, es difícil lograr los eventos en relación con el hijo que presenta alguna discapacidad, pese a que los evalúe como deseables e importantes.

Según los señalamientos de Gardynik y McDonald (2005), es uno de los problemas relacionados con los cuidados del hijo con alguna excepcionalidad, que originan en la madre sentimientos de vacío respecto a su futuro, por razones como no lograr su cura, no tener el tratamiento ni los cuidados necesarios o no poder disminuir el sufrimiento o la presencia de problemas.

La desesperanza se relaciona con la falta de apoyo de la pareja, así como con la existencia de recursos limitados para satisfacer necesidades. Ello ha sido documentado en trabajos de Hipke (2002) y Johnston (2003) los que identificaron que entre menos exista el apoyo de la pareja, habrá más desesperanza en la madre, ocasionando que se sienta triste, frustrada, desmoralizada e incompetente de continuar atendiendo al menor; por su parte, Kim (2003) afirma que la

desesperanza, puede influir en que los padres asuman actitudes y conductas dañinas que desencadenan o empeoran conflictos de pareja que afectan la relación y motivan la desintegración familiar. De cualquier forma, la madre presentará más esperanza, entre menos solitaria esté y entre más se relacione y tenga el apoyo de amistades y familiares que le ayuden a cimentar redes de apoyo (Morrison, Bromfield & Cameron, 2003).

- **Falta de apoyo de la pareja:** Se determina por los problemas que la madre o tutora nota en su relación con la pareja, por la insuficiente ayuda material, afectiva y emocional que percibe de ésta, sobre todo en lo que se refiere a la atención del hijo con alguna excepcionalidad; además de que se asume a la propia vida como muy problemática.

Según se ha visto la falta de apoyo de la pareja hacia la madre identificado por Gargiulo (2003), Hipke (2002), Morrison, Bromfield y Cameron (2003) está aludido a la falta de compromiso de la pareja, a la existencia de una relación conyugal conflictiva o indiferente que involucra además, no ser sensible a las necesidades del niño y no interrelacionarse con él, lo que influye negativamente en la atención y desarrollo de éste. Este mediador se relaciona con la existencia de recursos limitados para satisfacer necesidades y con el rechazo a la responsabilidad personal; aspectos que concuerdan con lo obtenido por Gardynik y McDonald (2005), Hipke (2002), Hong, Seltzer y Krauss (2001) cuando aseveran que las madres de hijos con alguna discapacidad, quienes cuentan con menos apoyo de sus parejas, muestran un bajo bienestar psicológico y son menos responsables del presente y futuro de sus hijos, lo que se ve reflejado cuando disminuyen tanto su salud, como los recursos económicos con que cuentan.

- **Recursos limitados para satisfacer necesidades:** Consiste en la impresión y sentimientos que la madre o tutora tiene, en cuanto a los insuficiente ayuda interna y externa con

que cuenta para efectuar acciones que posibiliten satisfacer las necesidades económicas, de salud y educación de los miembros de su familia, principalmente para atender al hijo con alguna discapacidad.

Por su parte Kim (2003) afirma que la tarea que por décadas asumen las madres como encargadas de sus hijos, es perjudicada en muchos casos, por los cambios a los que deben enfrentarse, incluyendo los que tienen que ver con el cuidado mismo del hijo y con escenarios como la falta de recursos y de apoyos económicos y morales, aspectos que pueden originar angustia, desesperación, estrés, sentimientos de incapacidad, huida o rechazo para asumir las responsabilidades que implican criar un hijo, en este sentido, para Roa y Del Barrio (2003) las madres que pertenecen a la clase social baja, están más expuestas a condiciones de estrés que afectan su estabilidad emocional, así como el desarrollo adaptativo de sus hijos.

En contraste Polleti y Dobbs (2005) afirmaron que la capacidad de aceptar la responsabilidad de la propia vida y los actos, que comprende también la capacidad de responsabilizarse de los hijos, es primordial para tomar la iniciativa, efectuar acciones, encontrar los errores, remediarlos si corresponde y rechazar la culpa.

- **Fe espiritual:** Apunta al compromiso y devoción de la madre o tutora hacia sus convicciones y mandatos religiosos, que la ayudan a formar, sacar adelante y dar la educación que necesita su hijo con alguna discapacidad, y que además le dan paz interior, serenidad y fuerza.

Tal como se ha visto en cuanto a la fe espiritual, como mediador positivo en la investigación de la resiliencia, Yu y Zhang (2007) afirmaron que aparece frecuentemente como una de las dimensiones tanto en los Estados Unidos, como en Alemania, Venezuela, Japón y Hong Kong, donde la población tiene una fuerte tradición cultural; en Perú como en estos países,

este mediador puede proveer significado y propósito a la persona. Walsh (2003) señaló que la fe se basa en la creencia de que podemos superar nuestros desafíos.

- **Rechazar la responsabilidad personal:** Se refiere a que la madre o tutora no acepte el compromiso que tiene en las acciones que efectúa o ante los problemas referentes al hijo con alguna discapacidad, asimismo de considerar que la propia salud le impide cuidar a sus hijos.

En referencia a lo anterior los aspectos que afectan las características de resiliencia de la madre o tutora ante la discapacidad de los hijos, no se encuentran sólo en ellas; esto, apoya los señalamientos que revelan que, al estudiar la resiliencia, además de reconocer las características del individuo, se precisa conocer las del medio lo que permitirá dar cuenta de los elementos específicos interrelacionados que se presenten en contextos particulares, momento en que se sostiene además, que la resiliencia y la discapacidad, deben ser estudiadas dentro del contexto cultural en que se presentan (Luthar, 2006).

## **2.2.2. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO**

### **2.2.2.1. El afrontamiento**

El trabajo teórico en afrontamiento y mecanismos de defensa comenzó con Freud en 1923, y luego fue desarrollado por su hija Ana en 1936. Desde esta perspectiva, el afrontamiento se subordinaba a la defensa y los estresores eran principalmente de origen intrapsíquico (Casullo, 1998).

Por los años 60 los investigadores pusieron su atención del afrontamiento defensivo hacia el estrés, amplificando la literatura de este. Diversos estudios señalan la importancia de conocer

la forma en que los adolescentes, particularmente, enfrentan los desafíos del crecimiento, en el que deben atravesar cambios físicos, transformaciones en la personalidad, nuevos roles frente a las relaciones con sus pares y con sus figuras parentales, el desafío de la inclusión en el ámbito social, académico y laboral, entre otros.

Lazarus y Folkman (1986) y su modelo transaccional fueron los más reconocidos y aceptados definiendo el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, son valoradas como situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona. Cuando una persona valora o aprecia una situación como dañina, amenazante o de desafío, elabora inmediatamente una respuesta potencial de afrontamiento.

#### **2.2.2.2. El proceso de afrontamiento**

Definen Lazarus y Folkman (1986, p.164) el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son valoradas como situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona”. De esta definición se pueden dar a conocer las siguientes características:

La primera característica es la que entiende el afrontamiento como un proceso que varía conforme los propios esfuerzos son evaluados como exitosos o no, sin embargo más adelante estos autores ya comienzan a considerar que se dan en las personas formas estables de tratar el problema. Desde aquí se empieza a hablar de estilos de afrontamiento que cada individuo utiliza predominantemente para resolver las situaciones problemáticas (Lazarus, 1993).

La segunda es que el afrontamiento no es automático, es un patrón de respuesta susceptible que puede ser asimilado frente a las situaciones problemáticas. Por último la tercera característica es que el afrontamiento requiere un esfuerzo, unas veces consciente, otras no, no obstante demanda un esfuerzo dirigido a manejar la situación, que algunas veces, cuando este no se puede cambiar, demanda un esfuerzo para adaptarse a ella.

Si bien aparecen a veces confundidos estrategias o estilos de afrontamiento y recursos, se debe mantener sus diferencias y distinciones. Las estrategias son lo que las personas hacen como reacción a un estresor específico que ocurre en un contexto concreto. Los estilos de afrontamiento hacen referencia a las conductas que tienen lugar tras la aparición del estresor o en respuesta a estresores crónicos. En cambio, los recursos de afrontamiento operan como posibilidades de acción, de conducta que el sujeto utiliza o no en funcionamiento y que actúan como un factor amortiguador para el sujeto (Wheaton, 1983).

El afrontamiento se halla sujeto a la valoración que se hace de la situación estresante cuando el sujeto, una vez evaluada la situación, considera que no se puede hacer nada para modificar el entorno amenazante, dirige el afrontamiento a la regulación de la emoción. Cuando aprecia que las condiciones de la situación pueden ser susceptibles de cambio, dirige sus esfuerzos a afrontar el problema. Según este planteamiento diferencian Lazarus y Folkman (1986) dos procesos en el afrontamiento: Afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento dirigido a la emoción.

El afrontamiento dirigido al problema son las acciones directas, conductas reales mediante las que el individuo trabaja y se esfuerza con el objetivo de cambiar sus relaciones con el ambiente, resolver, modificar o alterar el problema. Cuando el afrontamiento se dirige al

problema, los estilos son equivalentes a las utilizadas para solucionarlo: determinar cuál es el problema, definirlo, buscar soluciones alternativas, evaluar el coste beneficio de esas soluciones y aplicarlas.

El afrontamiento dirigido a la emoción son acciones atenuantes mediante las cuales el sujeto prueba la minimización de la angustia y la reducción de sus efectos psicológicos. Este afrontamiento está orientado a volver frecuente la respuesta emocional que el problema ha generado.

Cuando el afrontamiento se dirige a la emoción los estilos se enfocan a modificar la relación de la persona con la situación; se trata de manejar o alterar la interpretación de lo que está aconteciendo, de regular la respuesta emocional al estrés, de cambiar el significado de lo que está ocurriendo. Inclusive el grado en el cual una persona cree que es competente en una situación determinada y es capaz de controlar su propia vida se relaciona con el nivel en el que puede ser productivo en las situaciones cotidianas de su vida; como puede controlar las condiciones de salud o el estilo de afrontar las situaciones de estrés están asociadas con recobrarse de una enfermedad o no poder sobrevivir (Lazarus y Folkman, 1995; Moos, 1998; Lazarus, 1993; Lazarus y Folkman, 1986; en Macías et al. 2013).

Algunos investigadores sostienen que los estilos dirigidos al problema son más saludables que los dirigidos a la emoción, sin embargo otros encontraron que la eficacia de los estilos de afrontamiento dependerá de la intensidad del estrés, siendo los estilos enfocados en el problema más efectivos si el estrés no es muy intenso, en caso contrario los enfocados en la emoción serían los más adaptativos (Arias, 1998).

El afrontamiento proviene de las interacciones de las personas en las múltiples circunstancias de su vida en los diferentes contextos socioculturales, esto nos deja ver la multicausalidad del fenómeno. Dichas interacciones implican efectos de mutua influencia sobre las variables personales y situacionales y, por tanto, una causación recíproca (Folkman, 1986), donde la mediación se da através del intercambio simbólico en un contexto social determinado; es decir, en términos de creencias, normas sociales, costumbres, la asimilación de derechos y deberes, esquemas de comportamiento, significados, etc., que caracterizan a las instituciones a las cuales el individuo pertenece (Macías, Orozco, Amaris y Zambrano 2013).

#### 2.2.2.3. Clasificaciones de estilos de afrontamiento al estrés

Existen diversas clasificaciones de los estilos de afrontamiento al estrés:

A. Según Berman, Snyder, Kozier, y Erb, (2008) se clasifican en:

- **A largo plazo:** Pueden ser favorables y realistas. Por ejemplo, en algunas situaciones hablar con los demás e intentar averiguar más sobre la situación son estilos a largo plazo. Otros estilos a largo plazo incluyen un cambio de los patrones del estilo de vida como consumir una dieta saludable, hacer ejercicios de forma habitual, equilibrar el tiempo de ocio con el trabajo o utilizar la resolución de problemas en la toma de decisiones en lugar de la ira u otras respuestas no constructivas.
- **A corto plazo:** Pueden reducir el estrés hasta un límite tolerable de forma temporal, pero no son formas eficaces de afrontar permanentemente la realidad. Como bebidas alcohólicas, drogas, soñar despierto, fantasear en la creencia de que todo saldrá bien.

B. Otra forma de clasificar los estilos de afrontamiento es (Berman, et al. 2008):

- **Adaptativo:** Ayudan a la persona a tratar de forma eficaz los episodios estresantes y reduce al mínimo la angustia asociada a los mismos.
- **Mal adaptativo:** Puede dar lugar a una angustia innecesaria para la persona y para otras personas asociadas a la persona o al hecho estresante.

C. Morris, Maisto y Pecina Hernández (2001) clasifican en los siguientes estilos de afrontamiento:

- **Directo:** Es decir encara de manera directa una amenaza o conflicto. Incluye tres formas: Confrontación, negociación y retirada.
- **Defensivo:** Se puede hacer poco para resolver la situación en forma directa. En esta forma están comprendidos los mecanismos de defensa. Es decir, engañar al inconsciente. En los que se ven incluidos los mecanismos de defensa: la negación, proyección, intelectualización, identificación, regresión, la formación reactiva, el desplazamiento y la sublimación.

D. Arias, Riveros y Salas (2012) comentan un tipo distinto de clasificación:

- **Estilo Pasivo.** La persona opta por dejar pasar las cosas sin hacer nada al respecto. Este estilo se ha asociado con mayor estrés, mientras que el estilo activo se acompaña de efectos fisiológicos que causan cardiopatías.
- **Estilo Activo.** Implica confrontar el estrés, ya sea a través de conductas, cogniciones o emociones.

- **Estilo Evitativo.** Se asocia con altos niveles de ansiedad y se ha relacionado con mayor agotamiento emocional en personal de salud, así como con un mayor grado de despersonalización.

#### **2.2.2.4. Estilos de afrontamiento al estrés**

Según Carver et al (1989), encuentra que existen muchas medidas, pero que estas no abarcan la totalidad todos los tipos de afrontamiento, es por esto que se interesó por el Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, los cuales se encuentran entre las categorías de estilos de afrontamiento centrados en el problema y en la emoción, los cuales se dividieron en 13 modos de afrontamiento al estrés, los cuales están divididos en 3 estilos cada una con estrategias de afronte:

##### **A. Estilos de afrontamiento enfocados en el problema:**

- **Afrontamiento activo:** Capacidad para confrontar la situación estresante incrementando esfuerzos propios para eliminar o reducir el estresor.
- **Planificación:** Es la supresión de otras actividades. Analizar y organizar los pasos para afrontar la situación estresante mediante planificación de estrategias a seguir.
- **La supresión de otras actividades:** Concentrarse en el esfuerzo necesario para afrontar la situación estresante.
- **La postergación del afrontamiento:** Actuar en el momento exacto y apropiado ante situaciones estresantes.

- **La búsqueda de apoyo social:** Buscar la ayuda, consejo e información acertada para afrontar la situación estresante.

#### B. Estilos de afrontamiento enfocados en la emoción:

- **La búsqueda de soporte emocional:** Obtener el apoyo moral, empático y comprensivo de otras personas para reducir la tensión producida por el estrés.
- **Reinterpretación positiva y desarrollo personal:** Buscar el lado positivo del problema asumiendo la experiencia como un aprendizaje valioso para el futuro.
- **La aceptación:** Asumir la situación de estrés como un hecho real inmodificable con el que se tendrá que convivir.
- **Acudir a la religión:** Emplear creencias religiosas para apaciguar la tensión procedente de la situación estresante.
- **Análisis de las emociones:** Ser consciente del malestar emocional expresando y descargando los sentimientos producidos.

#### C. Estilos de afrontamiento evitativo:

- **Negación:** Niega la realidad del acontecimiento estresante actuando como si no fuera real.
- **Conductas inadecuadas:** Son aquellas consecuencias negativas, en las cuales se realizan actividades inadecuadas para sentirse mejor o para sobrellevar el estrés.

- **Distracción:** Reducir los esfuerzos para afrontar la situación estresante dándose por vencido al intentar lograr sus metas.

#### 2.2.2.5. Estrés

El estrés es un tema de gran interés, no solo en su estudio científico sino también en el marco de la vida cotidiana. Este hecho resulta evidente si se toma en cuenta la manera en que afecta cada vez más al hombre de hoy en sus diversas realidades (Hobfoll, 1989).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), en el concepto de estrés, el proceso de valoración o evaluación psicológica despliega un papel importante y puede darse de dos formas:

A. **Valoración primaria:** Se define como un patrón de respuesta inicial, en el cual la persona trata de evaluar la realidad en base a cuatro modalidades:

- Valoración de amenaza, que se demuestra cuando la persona anticipa un posible daño y/o peligro.
- Valoración de desafío, se muestra ante una situación en la cual existe una estimación de amenaza, pero también existe la posibilidad de ganancia, debido a ello, la persona piensa que puede lograr manejar el estresor satisfactoriamente por medio de sus recursos
- Evaluación de pérdida o daño, es cuando ha sucedido algún perjuicio, como una lesión o enfermedad incapacitante también el daño a la estima propia o social, o haber tenido una pérdida de algún ser querido.

- Valoración de beneficio, la cual no genera reacciones de estrés.

**B. Valoración secundaria:** Se busca establecer las acciones a ejecutar para hacer frente al estresor y la percepción de los recursos o habilidades de afrontamiento.

#### **2.2.2.6. Síntomas característicos del estrés**

Davis y Newstron (2003) consideran que existen tres síntomas del estrés los cuales están comprendidos por los síntomas fisiológicos, psicológicos y de comportamiento.

- **Síntomas físicos:** Los sistemas corporales internos cambian para tratar de enfrentar el estrés. Algunos padecimientos físicos son transitorios, como el malestar estomacal. Otro es de mayor período de duración, como la ulcer gastrica. El estrés perdura durante un tiempo prolongado causando enfermedades degenerativas del corazón, los riñones, los vasos sanguíneos y otras partes del cuerpo. También puede provocar angina de pecho y dolor de cabeza por tensión, cansancio, insomnio, onicofagia y temblores.
- **Síntomas psicológicos:** Se relaciona con la debilidad o fragilidad emocional, cognitiva que en la mayoría de veces ocasiona inestabilidad emocional, angustia, problemas de concentración, bloqueo mental, olvidos, malhumor, nerviosismo, tensión, preocupación crónica, depresión y agotamiento.
- **Síntomas de comportamiento:** Comprende las acciones de las personas, de un objeto u organismo, constantemente en relación con su ambiente o mundo de estímulos. El comportamiento involuntario, dependiendo de las circunstancias que lo afectan. Desde el punto

de vista psicológico el comportamiento es todo lo que tiene que ver cuando un organismo hace frente al entorno y con cualquier tipo de interacción entre un organismo y su ambiente. Se expresa en conductas como: aislamiento, desgano, absentismo, ingestión de bebidas alcohólicas, consumos de sustancias psicoactivas, irritabilidad, impulsividad, ocasionando conflictos tanto con su medio social como personal, aumento o reducción del consumo de alimentos.

#### **2.2.2.7. Tipos de estrés**

Rodríguez, M. (2018) nos describe los siguientes tipos de estrés según su signo:

- **Estrés positivo**

Al contrario de lo que la gente piensa, el estrés no siempre es malo o hace daño a la persona que lo padece. Este tipo de estrés brota cuando la persona está bajo presión, pero inconscientemente interpreta que los efectos de la situación le pueden otorgar algún beneficio.

Este estrés hace que la persona que lo manifiesta esté motivada y con mucha más energía, un buen ejemplo sería una competición deportiva donde los participantes deben tener un punto de vitalidad para poder salir victoriosos. Este estrés está asociado con emociones positivas, como la felicidad.

- **Distrés o estrés negativo**

Cuando las personas padecen distrés piensan anticipadamente una situación negativa creyendo que algo va a salir mal, lo cual genera una ansiedad que nos paraliza por completo.

El estrés negativo nos desequilibra y neutraliza los recursos que en situaciones normales tendríamos a nuestra disposición, lo cual acaba por generar tristeza, ira, etc.

#### **2.2.2.8. Las etapas del estrés**

En 1956, Seyle (como se cita en Rodríguez, 2018) teoriza que la respuesta de estrés consta de tres fases distintas:

- **Alarma de reacción:** Comienza justo después de ser descubierta la amenaza. En esta fase surge la aparición de algunos síntomas así como la baja de temperatura corporal o un aumento de la frecuencia cardíaca.
- **Resistencia:** El organismo se adapta a la situación o circunstancia pero continúa la activación aunque en menor medida respecto la etapa anterior. Si la situación estresante se conserva en el tiempo, la activación acaba por desaparecer porque se consumen recursos a una velocidad mayor de la que se generan.
- **Agotamiento:** El cuerpo termina por agotar recursos y pierde gradualmente la capacidad adaptativa de la anterior fase.

#### **2.2.3. RELACIÓN DE LA RESILIENCIA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO**

Según Walsh (1996) considera que la familia es un foco de resiliencia a pesar de poder tener una disfuncionalidad alta y que concretando la resiliencia familiar fortalecemos a la familia como una unidad funcional y viabilizamos la posibilidad de que sea infundido a los demás miembros de la familia.

En este estudio se toma la resiliencia de las madres frente a la discapacidad de sus hijos y nos apoyamos en la definición de Roque, Acle y García (2009) la cual nos define la resiliencia materna como la adaptación positiva frente a la excepcionalidad siendo la madre un mediador transcendental para proporcionar cuidados y atención necesaria a los hijos con discapacidad ello nos hace ver que cuando una persona en este caso una madre tiene un hijo con discapacidad se esfuerza cognitiva y conductualmente para poder manejar de la mejor manera posible las situaciones de desafío elaborando inmediatamente una respuesta potencial de afrontamiento cayendo en la definición de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986).

En los estilos de afrontamiento enfocados en el problema las personas muestran acciones directas, conductas reales mediante las que el individuo se esfuerza con el propósito de cambiar sus relaciones con el ambiente, para ello determina cuál es el problema, lo define, busca soluciones alternativas, evalúa los costos y beneficios de esas soluciones y como aplicarlas esto es similar al factor de autodeterminación en la resiliencia materna el cual es la habilidad de la madre para tomar decisiones por sí misma, fijarse metas, intentar lograrlas, evaluar su ejecución y hacer los ajustes necesarios a partir de lo logrado, para conseguir la atención adecuada del hijo con alguna excepcionalidad lo que coincide con lo señalado por la APA (2018) respecto a que la persona resiliente, es aquella que tiene planes alternativos para efectuar, los realiza y está apto para desarrollar nuevas estrategias que sustituyan a las que no funcionan.

Con referencia a lo anterior los estilos de afrontamiento enfocados a la emoción según Lazarus & Folkman (1986) tienen como labor la regulación emocional que abarca los esfuerzos por cambiar el malestar y manipular los estados emocionales remontados por el acontecimiento estresante, estas metas se pueden alcanzar evitando la situación estresante, revaluando

cognitivamente el acontecimiento perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno.

Con relación a lo expuesto las madres que tienen hijos con excepcionalidad se les presentan circunstancias o situaciones en las que enfrentan desesperanza, la falta de apoyo de su pareja y tener recursos limitados para la atención de sus hijos. Es por ello que entre menos exista el apoyo de la pareja, habrá más desesperanza en la madre, originando que se sienta triste, frustrada, desmoralizada e incapaz de continuar atendiendo al menor. La desesperanza, puede influir en que los padres asuman actitudes y conductas dañinas que desencadenan o agudizan conflictos de pareja que afectan la relación y originan desintegración familiar. De cualquier forma, la madre presentará más esperanza, entre menos aislada esté y entre más se relacione y tenga el apoyo de amistades y familiares que le ayuden a construir redes de apoyo. En otro aspecto la responsabilidad que por décadas asumen las madres como cuidadoras de sus hijos, es afectada en muchos casos, por los cambios a los que deben hacer frente, incluyendo los que tienen que ver con el cuidado mismo del hijo y con circunstancias como la falta de recursos y de apoyos económicos y morales, aspectos que pueden generar angustia, desesperación, estrés, sentimientos de incapacidad, evasión o rechazo para asumir las responsabilidades que implican criar un hijo, en este sentido, Roa y Del Barrio (2003) afirma que las madres pertenecientes a la clase social baja, están más expuestas a situaciones de estrés que afectan su estabilidad emocional, así como el desarrollo adaptativo de sus hijos.

En cuanto a los estilos de afrontamiento enfocado a la evitación tenemos la negación del suceso como si no fuera real, las conductas inadecuadas y la distracción de esfuerzos para afrontar la situación estresante dándose por vencido al intentar lograr sus metas; en algunos casos

la madre o tutora puede no aceptar la responsabilidad que tiene en las acciones que realiza o ante los problemas relativos al hijo con alguna excepcionalidad.

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

La investigación es de tipo descriptivo correlacional simple porque se busca relacionar las variables de estudio, es de diseño no experimental porque no hay manipulación de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), de corte transversal ya que se recogieron los datos en un momento determinado.

### **3.2. POBLACIÓN**

Estuvo constituida por madres de familia de tres asociaciones que tienen hijos con discapacidad en Arequipa de los siguientes centros: Asociación de Personas con Parálisis Cerebral y Afines Un ángel en tu vida, Asociación de PCD con Síndrome de Down Equipo 21, Asociación Fuerza Nueva.

### **3.3. MUESTRA**

Se realizó mediante un muestreo no probabilístico o dirigido y de tipo intencional a un subgrupo de la población en el que el investigador decide según sus objetivos quienes han de formarla. Por ello la muestra estuvo constituida por madres de tres asociaciones que tienen hijos con discapacidad en Arequipa de la siguiente manera:

<b>Asociaciones</b>	<b>Nº de participantes</b>
Asociación de Personas con Parálisis Cerebral y Afines Un ángel en tu vida	14
Asociación de PCD con Síndrome de Down Equipo 21	16
Asociación Fuerza Nueva	17
Total	47

#### **3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA**

##### **3.3.1.1. Criterios de inclusión**

Madres de familia que tenga uno o más hijos con discapacidad a su cuidado.

Madres de familia que pertenezca a una asociación de hijos con discapacidad en Arequipa.

### **3.3.1.2. Criterios de exclusión**

Madres de familia que no quieran participar en la investigación

Madres que no tengan a su cuidado a uno o más hijos con discapacidad

Madres que no pertenezcan a alguna asociación de hijos con discapacidad en Arequipa.

## **3.4. INSTRUMENTOS**

### **3.4.1. ESCALA DE RESILIENCIA MATERNA (ERESMA)**

#### **3.4.1.1. Ficha técnica:**

**Nombre:** Escala de Resiliencia Materna (ERESMA)

**Autor:** Roque, Acle, García

**Año:** 2009

**Ámbito de aplicación:** Individual y colectivo en madres a cargo de un hijo con discapacidad.

**Tiempo:** 15 a 20 minutos

#### **3.4.1.2. Descripción**

La Escala de Resiliencia Materna evalúa desde un enfoque ecosistémico la resiliencia de madres o tutoras de hijos con alguna excepcionalidad. La escala fue desarrollada a partir de un estudio exploratorio, usando grupos focales de madres y tutoras de hijos con alguna excepcionalidad. Los ítems definitivos se seleccionaron a partir de pruebas piloto individuales y grupales, con participantes potenciales y jueces expertos.

La escala fue validada con 500 madres de cuatro estados de México (Distrito Federal, Puebla, estado de México y Tlaxcala). En la validación, participaron mujeres entre 19 y 63 años (edad promedio = 37, DE = 7.9) y cuyos hijos tenían entre 3 y 30 años, que asistían a escuelas regulares o especiales desde el preescolar hasta la secundaria (Roque, Acle, & García, 2009).

La escala tiene 45 ítems que miden seis factores. El primero discrimina a la autodeterminación como característica de resiliencia y los otros cinco identifican mediadores relativos a los niveles personal (desesperanza, fe espiritual, rechazar la responsabilidad personal) y ambiental (falta de apoyo de la pareja, recursos limitados para satisfacer necesidades). Estos factores amortiguan (favorecen la adaptación positiva) o agravan el impacto de la excepcionalidad de los hijos. Por otra parte, posee cinco intervalos de respuesta, 1=nunca, 2=casi nunca, 3=algunas veces, 4=frecuentemente y 5=siempre. El puntaje de la escala se calcula sumando los valores de los ítems de cada factor. Valores altos indican una mayor resiliencia materna. Puede ser aplicada individual o colectivamente, con un tiempo aproximado de 25 a 30 minutos.

#### **3.4.1.3. Validez**

Se realizó la validez test - sub test encontrando correlaciones positivas y significativas entre el constructo global y sus dimensiones ( $r=.657$ ). La aplicación del cuestionario en la población peruana, se realizó por Paola Briones y Liliana Tumbaco a través de la validación por criterio de jueces, evaluándolo en congruencia, claridad, contexto y dominio del constructo; calificándolo como suficiente y su contenido aplicable de acuerdo al contexto.

### **3.4.1.4. Confiabilidad**

A partir de un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se obtuvieron seis factores que explican el 50.2% de la varianza total. Las alphas para la escala total y cada uno de los seis factores fueron:

Escala total 0.92

Autodeterminación (resiliencia) 0.84

Desesperanza 0.89

Fe espiritual 0.78

Rechazar la responsabilidad personal 0.71

Falta de apoyo de la pareja 0.84

Recursos limitados para satisfacer necesidades 0.80

## **3.4.2. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS (COPE)**

### **3.4.2.1. Ficha técnica:**

**Nombre:** Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE)

**Autor:** Carver, Heier y Weintraub

**Año:** 1989

**Ámbito de aplicación:** Individual y colectivo en hombres y mujeres a partir de los 16 años en adelante.

**Tiempo:** 15 a 20 minutos

### **3.4.2.2. Descripción**

Este cuestionario mide las estrategias que posee cada persona para enfrentar el estrés y las categoriza en dos estilos: enfocados en los problemas, en la emoción y otras estrategias de afrontamiento, los cuales pueden estar ubicados en un nivel bajo, moderado y alto. El estilo centrado en los problemas consta de cinco subdimensiones: afrontamiento activo, planificación, supresión de otras actividades, la postergación del afrontamiento y la búsqueda de apoyo social y el estilo afrontamiento enfocado en la emoción se posee cinco subdimensiones: búsqueda de soporte emocional, reinterpretación positiva y desarrollo personal, aceptación, acudir a la religión y el análisis de emociones. Asimismo, la dimensión de otros estilos adicionales afrontamiento consta de tres subdimensiones: negación, conductas inadecuadas y distracción.

El instrumento consta de un total de 52 ítems, la forma de responder de este cuestionario corresponde a una escala de tipo Likert con 4 categorías de respuesta que van desde nunca hasta siempre, y se le asignan las siguientes puntuaciones: nunca = 1, a veces 2, generalmente = 3 y siempre = 4. Las personas que puntúan alto en los estilos de afrontamiento enfocados en los problemas y enfocados en la emoción significan que buscan la forma adecuada para alterar la fuente del estrés y buscan respuestas orientadas reducir o regular el estado emocional respectivamente.

### **3.4.2.3. Validez**

Este instrumento fue adaptado en Perú por Cassuso (1996), quien al realizar el análisis de validez encontró una composición factorial de trece escalas con cargas factoriales satisfactorias.

#### **3.4.2.4. Confiabilidad**

La confiabilidad mostró valores Alfa de Cronbach de la siguiente manera:

Estilos de afrontamiento enfocados en el problema: 0.68

Estilos de afrontamiento enfocados a la emoción: 0.75

Estilo de afrontamiento evitativo: 0.77

### **3.5. PROCEDIMIENTOS**

Con el fin de efectuar los objetivos formulados en la investigación y la comprobación de las hipótesis propuestas, se siguieron los siguientes pasos:

Se coordinó con CONADIS (Consejo Nacional para la Integración de las personas con discapacidad) para poder acceder a tener información sobre las asociaciones de padres de familia, luego se presentó un oficio múltiple para poder acceder a las asociaciones, permitiéndonos poder aplicar los cuestionarios de resiliencia materna (ERESMA) y estilos de afrontamiento al estrés (COPE) en tres asociaciones: Asociación de Personas con Parálisis Cerebral y Afines Un ángel en tu vida, Asociación de PCD con Síndrome de Down Equipo 21 y Asociación Fuerza Nueva; las cuales se aplicaron en dos sesiones por cada asociación y de acuerdo a la disposición de tiempo de las madres de familia. Luego se procedió a la calificación y codificación de los resultados, para su interpretación cuantitativa y cualitativa. Para el procedimiento de datos obtenidos se aplicó el análisis descriptivo y el paquete estadístico SPSS 22.0 y se utilizó el método estadístico de Chi cuadrada y correlación de Spearman.

Posteriormente se procedió a la elaboración de la discusión, tomando las bases teóricas y antecedentes de los temas de investigación. Por último, se elaboró las conclusiones y recomendaciones.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

**Tabla 1**

*Niveles de resiliencia que presenten las madres pertenecientes a tres asociaciones de padres con hijos con discapacidad en Arequipa*

		Recuento	% de N totales de tabla
Nivel de resiliencia materna que predomina	Baja	4	8,5%
	Media	8	17,0%
	Alta	35	74,5%

(Fuente: elaboración propia)

En la tabla número 1 se puede apreciar que el nivel de resiliencia materna predominante en madres con discapacidad pertenecientes a tres asociaciones de padres con hijos con discapacidad en Arequipa, es alta siendo un 74,5% de la muestra la que ha podido adquirir esta cualidad que hace enfrentar situaciones adversas frente a la discapacidad de sus hijos ofreciendo el cuidado necesario de sus hijos y ayudándolos a enfrentar las perturbaciones que se manifiestan en su vida.

**Tabla 2**

*Estilos de afrontamiento al estrés que presenten las madres pertenecientes a tres asociaciones de padres con hijos con discapacidad en Arequipa.*

	Recuento	% de N totales de tabla
Estilo de afrontamiento enfocado en el Problema	13	27,7%
Estilo de afrontamiento enfocado a la Emoción	30	63,8%
Estilo de afrontamiento Evitativo	4	8,5%

(Fuente: elaboración propia)

En la tabla 2 podemos observar que el estilo predominante madres con discapacidad pertenecientes a tres asociaciones de padres con hijos con discapacidad en Arequipa es el de afrontamiento enfocado en la emoción siendo un 63,8 % este estilo está orientado a volver frecuente la respuesta emocional que el problema ha generado cambiando el significado del mismo, seguido del estilo de afrontamiento enfocado en el problema con un 27,7 % las madres toman acciones directas trabajando con esfuerzo para lograr el objetivo de cambiar sus relaciones para resolver el problema y finalmente el estilo menos usado es el estilo de afrontamiento evitativo con un 8,5% en el cual las madres evitan vincularse con el problema o toman conductas inadecuadas para olvidar el mismo.

**Tabla 3**

*Relación entre la resiliencia y estilos de afrontamiento al estrés en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa, 2018*

<b>Tabla cruzada Resiliencia materna *Estilos de Afrontamiento</b>					
		Estilo de Afrontamiento que predomina			Total
		Estilo de afrontamiento enfocado en el Problema	Estilo de afrontamiento enfocado a la Emoción	Estilo de afrontamiento Evitativo	
Nivel de resiliencia materna que predomina	Baja	1	1	2	4
	Media	3	3	2	8
	Alta	9	26	0	35
Total		13	30	4	47

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,376 <sup>a</sup>	4	,003
Razón de verosimilitud	14,527	4	,006
Asociación lineal por lineal	2,680	1	,102
N de casos válidos	47		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,34.

(Fuente: elaboración propia)

En la tabla 3, observamos que el grado de significación es de 0,003 el cual es menor al grado de error aceptable (alfa “0,005) por lo tanto, existe asociación entre las variables “nivel de resiliencia” y “estilos de afrontamiento” con lo cual se niega la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

**Tabla 4**

*Relación entre la autodeterminación de la resiliencia materna con el estilo de afrontamiento enfocado en el problema con en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa, 2018*

**Tabla cruzada Autodeterminación\*Estilo de Afrontamiento Enfocado al Problema**

		Estilo de Afrontamiento Enfocado al Problema			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Autodeterminación	Baja	1	0	0	1
	Media	0	5	2	7
	Alta	1	28	10	39
Total		2	33	12	47

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,101 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitud	7,256	4	,123
Asociación lineal por lineal	1,532	1	,216
N de casos válidos	47		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

(Fuente: elaboración propia)

En el cuadro presentado, observamos que el grado de significación es de 0,00 el cual es menor al grado de error aceptable (alfa “0,05) por lo tanto, existe asociación entre las variables “Autodeterminación” y “estilo de afrontamiento enfocado en el problema” con lo cual se niega la hipótesis nula y se acepta la alternativa.

**Tabla 5**

*Relación entre la desesperanza con estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa, 2018*

**Tabla cruzada Desesperanza\*Estilo de Afrontamiento Enfocado a la Emoción**

		Estilo de Afrontamiento Enfocado a la Emoción			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Desesperanza	Baja	0	18	8	26
	Media	1	9	10	20
	Alta	0	1	0	1
Total		1	28	18	47

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,227 <sup>a</sup>	4	,376
Razón de verosimilitud	4,933	4	,294
Asociación lineal por lineal	,284	1	,594
N de casos válidos	47		

a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,02.

(Fuente: elaboración propia)

En el cuadro presentado, observamos que el grado de significación es de 0,376 el cual es mayor al grado de error aceptable (alfa “0,05) por lo tanto, no existe asociación entre las variables “Desesperanza” y “estilo de afrontamiento enfocado en la emoción” con lo cual se niega la hipótesis alternativa y se acepta la nula.

**Tabla 6**

*Relación entre la falta de apoyo de la pareja con estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa, 2018*

**Tabla cruzada Falta de apoyo de la pareja\*Estilo de Afrontamiento Enfocado a la Emoción**

		Estilo de Afrontamiento Enfocado a la Emoción			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Falta de apoyo de la pareja	Baja	1	14	13	28
	Media	0	10	2	12
	Alta	0	4	3	7
Total		1	28	18	47

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,241 <sup>a</sup>	4	,374
Razón de verosimilitud	4,862	4	,302
Asociación lineal por lineal	,276	1	,600
N de casos válidos	47		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.

(Fuente: elaboración propia)

En el cuadro presentado, observamos que el grado de significación es de 0,374 el cual es menor al grado de error aceptable (alfa “0,05) por lo tanto, no existe asociación entre las variables “Falta de apoyo en la pareja” y “estilo de afrontamiento enfocado en la emoción” con lo cual se niega la hipótesis alternativa y se acepta la nula.

**Tabla 7**

*Relación entre la fe espiritual con estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en madres pertenecientes a tres asociaciones de padres con hijos con discapacidad en Arequipa, 2018*

**Tabla cruzada Fe espiritual\*Estilo de Afrontamiento Enfocado a la Emoción**

		Estilo de Afrontamiento Enfocado a la Emoción			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Fe espiritual	Baja	1	0	1	2
	Media	0	7	4	11
	Alta	0	21	13	34
Total		1	28	18	47

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,832 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitud	8,830	4	,065
Asociación lineal por lineal	,512	1	,474
N de casos válidos	47		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

(Fuente: elaboración propia)

En el cuadro presentado, observamos que el grado de significación es de 0,00 el cual es menor al grado de error aceptable (alfa “0,05) por lo tanto, existe asociación entre las variables “Fe espiritual” y “estilo de afrontamiento enfocado en la emoción” con lo cual se niega la hipótesis nula y se acepta la alternativa.

**Tabla 8**

*Relación de los recursos limitados de la resiliencia materna y el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en madres con hijos con discapacidad en Arequipa, 2018*

		Estilo de Afrontamiento Enfocado a la Emoción			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Recursos limitados para satisfacer necesidades	Baja	0	12	10	22
	Media	1	14	6	21
	Alta	0	2	2	4
	Total	1	28	18	47

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,526 <sup>a</sup>	4	,640
Razón de verosimilitud	2,920	4	,571
Asociación lineal por lineal	,416	1	,519
N de casos válidos	47		
a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,09.			

(Fuente: elaboración propia)

En el cuadro presentado, observamos que el grado de significación es de 0,640 el cual es mayor al grado de error aceptable (alfa “0,05) por lo tanto, no existe asociación entre las variables “Recursos limitados” y “estilo de afrontamiento enfocado en la emoción” con lo cual se niega la hipótesis alternativa y se acepta la nula.

**Tabla 9**

*Relación del rechazo de responsabilidad de la resiliencia materna y el estilo de afrontamiento evitativo en madres con hijos con discapacidad en Arequipa, 2018*

		Tabla cruzada Rechazar la responsabilidad personal*Estilo de Afrontamiento Evitativo			Total	
		Recuento				
		Bajo	Medio	Alto		
Rechazar la responsabilidad personal	Baja	16	7	10	33	
	Media	3	6	1	10	
	Alta	1	0	3	4	
Total		20	13	14	47	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,379 <sup>a</sup>	4	,035
Razón de verosimilitud	10,292	4	,036
Asociación lineal por lineal	1,338	1	,247
N de casos válidos	47		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,11.

(Fuente: elaboración propia)

En el cuadro presentado, observamos que el grado de significación es de 0,035 el cual es menor al grado de error aceptable (alfa “0,05) por lo tanto, existe asociación entre las variables “Rechazo de la responsabilidad personal” y “estilo de afrontamiento evitativo” con lo cual se niega la hipótesis nula y se acepta la alternativa.

## **CAPITULO V**

### **DISCUSION**

Los resultados de la presente investigación comprueban la hipótesis general y los objetivos específicos. Se afirma que existe una relación significativa entre la resiliencia y los estilos de afrontamiento en las madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa, pese a que no hay investigaciones que traten de los dos temas nos basamos en la definición de Roque, Acle y García (2009) que plantea a la resiliencia materna como la adaptación positiva frente a la excepcionalidad siendo la madre un mediador transcendental para proporcionar cuidados y atención necesaria a los hijos con discapacidad ello nos hace ver que cuando una persona en este caso una madre tiene un hijo con discapacidad se esfuerza cognitiva y conductualmente para poder manejar de la mejor manera posible las

situaciones de desafío elaborando inmediatamente una respuesta potencial de afrontamiento cayendo en la definición de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986).

El primer objetivo específico nos propone identificar cual será el nivel de resiliencia que presentan las madres, siendo el más predominante con un 74.5% el nivel alto indicándonos que poseen la cualidad de enfrentar y ayudar a sus hijos de los posibles problemas y perturbaciones que se presenten en su vida, asimismo un 17% de la muestra obtuvo el nivel medio el cual nos refiere que aún siguen trabajando y tratando de adaptarse a situaciones que podrían ser estresantes, y el 8.5% obtuvo el nivel bajo.

El segundo objetivo propone identificar cuáles serán los estilos de afrontamiento al estrés que presenten las madres pertenecientes a tres asociaciones de con hijos con discapacidad en Arequipa siendo el estilo más predominante el afrontamiento enfocado en la emoción con un 63.8%, mostrando que las madres modificaron o manipularon la situación para luego buscarle un sentido del cual poder aprender, seguido del estilo de afrontamiento enfocado en el problema con un 27.7% en este estilo las madres buscaron la ayuda, consejo e información más acertada para afrontar la situación estresante en el momento exacto y finalmente el estilo menos usado es el estilo de afrontamiento evitativo con un 8.5% son las madres que reducen los esfuerzos para enfrentar la situación estresante.

Asimismo, el tercer objetivo específico que trata sobre la posible relación de la autodeterminación de la resiliencia materna con el estilo de afrontamiento enfocado en el problema en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa tienen relación debido a que en el afrontamiento enfocado en el problema las personas muestran acciones directas son capaces de afrontar situaciones estresantes y buscan soluciones analizando

alternativas buscando costos y beneficios y su posterior aplicación, esto es similar al factor de autodeterminación en la resiliencia materna el cual es la habilidad de la madre para tomar decisiones por sí misma, fijarse metas, intentar lograrlas, evaluar su ejecución señalado por la APA (2018) respecto a que la persona resiliente, es aquella que tiene planes alternos para implementar, los lleva a la práctica y es capaz de desarrollar nuevas estrategias que sustituyan a las que no funcionan.

En la cuarto objetivo específico nos planteamos si existe una relación considerable de la desesperanza con estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en madres pertenecientes a tres asociaciones de hijos con discapacidad en Arequipa, este objetivo según los resultados nos muestra que no tienen relación ya que el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción se orienta a aceptar y asumir una situación estresante como un hecho que es real pero reinterpretándolo de manera positiva y que ello sea una situación de desarrollo personal; en cambio difieren con el factor de la desesperanza la cual se refiere a los pensamientos, sentimientos y acciones de la madre o tutora acerca de aspectos propios o externos a ella, asociados con la creencia de que por más esfuerzo e intentos que haga, es difícil lograr la mejora en relación con el hijo que presenta alguna discapacidad, pese a que los evalúe como deseables e importantes. En el estudio realizado se encontró que solo el 2 % de las madres presentan desesperanza, la mayoría de esta muestra asimiló que sus hijos tendrán esta discapacidad que será permanente, mediante el cuidado y apoyo que les brinden tendrán una calidad de vida digna.

Con respecto al quinto objetivo específico nos planteamos si existe una relación considerable entre la falta de apoyo de la pareja con estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa.

La falta de apoyo a la pareja se determina por los problemas que la madre o tutora nota en su relación con la pareja, por la insuficiente ayuda material, afectiva y emocional que percibe de ésta, sobre todo en lo que se refiere a la atención del hijo con alguna excepcionalidad; además de que se asume a la propia vida como muy problemática. En nuestro estudio se acepta la hipótesis nula debido a que una minoría de la muestra cuenta con el apoyo de la pareja para tomar decisiones, las cuales no perciben la falta de apoyo de los mismos, por otro lado la mayoría de madres que no tienen una pareja tienen apoyo moral empático y comprensivo de otras personas ello reduce la tensión producida por el estrés.

Asimismo, aceptamos el sexto objetivo específico el cual propone si existe una relación considerable entre la fe espiritual con estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en este estilo las madres emplean las creencias religiosas para apaciguar la tensión .Se acepta la hipótesis debido a que el 72% de las madres de nuestra muestra profesan la religión evangélica o católica, tienen devoción hacia sus convicciones y mandatos religiosos, que la ayudan a formar, sacar adelante y dar la educación que necesita su hijo con alguna discapacidad, y que además le dan paz interior, serenidad y fuerza.

Por otra parte el séptimo objetivo sugiere si existe relación entre los recursos limitados de la resiliencia materna y el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en madres con hijos con discapacidad en Arequipa, según nuestra investigación no guardan relación, esto se debe a que las madres cuentan con la debida ayuda interna (apoyo de la familia) o externa (asociaciones a las que pertenecen) de su entorno para poder cubrir las necesidades básicas de sus hijos.

Por último el octavo objetivo específico plantea la relación significativa del estilo de afrontamiento evitativo con el rechazo de la responsabilidad de la resiliencia materna, en nuestra

muestra solo en el 8,5% predomina el estilo evitativo y se acepta que existe relación entre estas variables ya que estas madres no pueden hacerse responsables de los cuidados sus hijos debido a motivos de salud los cuales son propios de su edad siendo un impedimento para hacerse cargo de ellos.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados y datos obtenidos en la presente investigación sobre la relación entre la resiliencia y estilos de afrontamiento al estrés en madres pertenecientes a tres asociaciones de padres con hijos con discapacidad en Arequipa, se establece las siguientes conclusiones:

**PRIMERA** Con respecto al primer objetivo específico, se concluye que la mayoría de las madres poseen un nivel alto de resiliencia con un 74.5% poseyendo la cualidad de enfrentar situaciones adversas planteándose soluciones trazándose metas respecto a su hijo con una disposición positiva para anticipar el resultado más favorable.

**SEGUNDA** En el segundo objetivo específico, se concluye que el estilo más predominante en las tres asociaciones es el afrontamiento enfocado en la emoción con un 63.8%, mostrando como las madres interpretan de una manera diferente la situación o hecho estresante para luego buscarle un sentido del cual poder aprender encontrando el apoyo y la comprensión , seguido del estilo de afrontamiento enfocado en el problema con un 27.7% en este estilo las madres buscaron la ayuda profesional, consejo e información más acertada para afrontar la situación estresante en el momento exacto y finalmente el estilo menos usado es el estilo de afrontamiento evitativo con un 8.5% son las madres que reducen los esfuerzos para enfrentar la situación estresante evitan vincularse.

**TERCERA** En relación al objetivo general, se encontró que existe relación significativa por lo tanto, existe asociación entre las variables resiliencia y estilos de afrontamiento al estrés en madres ante la discapacidad de sus hijos, esforzándose cognitiva y conductualmente para poder manejar de la mejor manera posible las situaciones de desafío llevando a plantear inmediatamente una respuesta potencial de afrontamiento.

**CUARTA** Respecto al tercer objetivo específico, se encontró que existe asociación entre el estilo de afrontamiento enfocado en el problema con la autodeterminación de la resiliencia materna en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa, siendo las madres que utilizan este estilo de afrontamiento las que buscan soluciones alternativas buscando costos y beneficios tomando decisiones por sí mismas, fijándose metas, intentando lograrlas, evaluando su ejecución.

**QUINTA** En relación al cuarto objetivo específico, no existe asociación entre el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción con la desesperanza, es por ello que las madres que utilicen este estilo de afrontamiento podrán manejar o alterar la interpretación de lo que está aconteciendo, de regular la respuesta emocional al estrés no guardando relación con la desesperanza.

**SEXTA** En cuanto al quinto objetivo específico sobre la relación entre la falta de apoyo de la pareja con el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción el grado de significación, no existe asociación entre las variables siendo la mayoría de las madres quienes han tomado la responsabilidad en su totalidad.

**SÉPTIMA** Respecto al sexto objetivo específico que plantea una relación entre la fe espiritual con estilo de afrontamiento enfocado en la emoción existe asociación entre las variables siendo las madres que utilizan este estilo de afrontamiento las cuales tienen fe y depositan su esperanza encontrando consuelo en la religión.

**OCTAVA** Así mismo el séptimo objetivo específico plantea la relación de los recursos limitados de la resiliencia materna con el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción no existiendo asociación entre las variables teniendo las madres apoyo externo o interno de la familia para poder cubrir las necesidades básicas de sus hijos.

**NOVENA** Finalmente en el octavo objetivo específico el cual plantea la relación entre el estilo de afrontamiento evitativo con el rechazo de la responsabilidad personal en madres pertenecientes a tres asociaciones con hijos con discapacidad en Arequipa, se encontró que no existe asociación entre las variables, es decir, este estilo se enfoca a la evitación negando la realidad del suceso estresante o actuando como si no fuera real reduciendo los esfuerzos para afrontar la situación estresante dándose por vencido al intentar lograr sus metas en cambio el rechazo a la responsabilidad no es solo no comprometerse con las necesidades de su hijo sino también considerarse no apta para cuidar a sus hijos por problemas de salud.

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda en estudios futuros ampliar el abordaje de la muestra, así como su diversificación sociodemográfica ya que esto ayudaría a entender y ampliar los conocimientos sobre “la resiliencia y los estilos de afrontamiento al estrés” probablemente diferentes en los diversos estratos sociales en nuestro entorno.
2. Se recomienda en las asociaciones de madres con hijos con discapacidad: Asociación de Personas con Parálisis Cerebral y Afines Un ángel en tu vida, Asociación de PCD con Síndrome de Down Equipo 21, Asociación Fuerza Nueva, reuniones y charlas psicoeducativas a los familiares cercanos al niño con discapacidad no solo la madre, también talleres vivenciales que generen buenas relaciones intrafamiliares motivando la inclusión de los niños con discapacidad dentro de la propia familia.
3. Es necesario realizar programas de intervención para afrontar el estrés en madres que tienen conocimiento que su niño va a tener una discapacidad evitando la aparición de malestar y conflicto de la misma. También desarrollando las habilidades de resolver problemas promoviendo y optimizando la calidad de vida de la familia.
4. Enseñar y efectuar talleres en las siguientes asociaciones: Asociación de Personas con Parálisis Cerebral y Afines Un ángel en tu vida, Asociación de PCD con Síndrome de Down Equipo 21, Asociación Fuerza Nueva sobre la resiliencia y también los estilos de afrontamiento adecuados además del control de emociones y reducción de estrés mediante talleres dinámicos para los familiares y madres que poseen un niño con discapacidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acle, T.G. (2003). Ecología de la Educación Especial. Revista Nueva Antropología, 19, 62, 29-53.

Acle, T. G. (2006). Investigación en educación especial: retos y desafíos. En G. Acle (Coord.). Educación especial: Investigación y práctica. México: Plaza y Valdés.

Aquima, Y. (2013) Clima social y familiar y Estilos de afrontamiento en madres que tiene hijos con discapacidad intelectual (Tesis de pregrado) Universidad Nacional De San Agustín. Arequipa.

Alcoser, A. (2015). Estrategias de Afrontamiento en adolescentes de 12 a 15 años con embarazos no planificados, usuarias del Centro de Atención Integral del Adolescente del Área 17 del Cantón Durán. Universidad de Guayaquil.

American Psychological Association. (2018). El camino hacia la resiliencia. Recuperado de <http://www.apa.org>

Arias Congrains, Jaime (1998). Estilos de afrontamiento al estrés en residentes de medicina. *Revista Médica Herediana* 9 (2), 1998 63.

Arias, W. L.; Riveros, P. y Salas, X. (2012). Espiritualidad en el ambiente laboral, estrés crónico (burnout) y estilos de afrontamiento en trabajadores de una empresa de servicios educativos. *Ciencia & Trabajo*, 14(44), 195-200

- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa.
- Becoña, E, (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto, *Rev Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 25-146.
- Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., y Erb, G. (2008). Fundamentos de enfermería. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Block, J. y Block, J.H. (1980). The role of ego control and ego resiliency in the organization of behavior. En W.A. CoUins (Eds.), Development of cognition, affect, and social relations. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Briones, P. y Tumbaco, L. (2017). Resiliencia materna y ajuste parental ante la discapacidad en madres de Centros Educativos Básicos Especiales de Lima Este, 2016 (Tesis para licenciatura). Universidad Peruana Unión, Lima.
- Carver, Scheier y Weintraub (1989). Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE). Estados Unidos. Editado por Josué Test.
- Cubillán, B. (2015). Resiliencia en madres de niños y adolescentes con discapacidad. Universidad Rafael Urdaneta.
- Davis, Keith y Newstrom, John W. (2003). Comportamiento Humano en el Trabajo; 5<sup>º</sup>edición. Editorial McGraw-Hill. México.
- De la Torre,D. y Marroquin,J. (2017) Felicidad y estilos de afrontamiento al estrés en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama de Instituto Regional De Enfermedades

Neoplásicas Del Sur (Tesis de pregrado) Universidad Nacional De San Agustín.

Arequipa.

Gardynik, U. y McDonald, L. (2005). Implications of risk and resilience in the life of the individual who is gifted/learning disabled. *Roeper Review*, 27(4), 206-214.

Gargiulo, R.M. (2003). Special education in contemporary society. An introduction to exceptionality. USA: Wadsworth / Thomson Learning.

Gómez, E., y Kotliarenco, M. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, 19(2), Pág. 103-132. doi:10.5354/0719-0581.2011.17112

Gonzales, A. y Peña, R. (2015) Percepción de estilos de crianza y estilos de afrontamiento en pacientes mujeres con diagnóstico de personalidad límite en un hospital de salud mental de Lima Este. (Tesis de pregrado) Universidad Peruana Unión. Lima.

González, N., Nieto, D. y Valdez, J. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Revista de Psicooncología*, 8(1), 113-123.

Grotberg, E. (1995). A guide to promoting resilience in children: strength - hening the human spirit. The International Resilience Project. Bernard Van Leer Foundation. La Haya, Holanda

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. Ed. Mc Graw Hill

Hipke, K., Wolchik, S., Sandler, N. and Braver, S. (2002). Predictors of children's interventions-induced resilience in a parenting program for divorced mothers. *Family Relations*, 51 (2), 121-129.

Hong, J., Seltzer, M. y Krauss, M. (2001). Change in the social support and psychological well-being. *Family Relations*, 50 (2), 154-163.

Hobfoll, S.E. (1989): Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44: 513-524.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad 2012. Recuperado de  
[https://webinei.inei.gob.pe/anda\\_inei/index.php/catalog/495/related\\_materials](https://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/495/related_materials)

Johnston, C., Hessl, D., Blasey, Ch., Eliez, S., Erba, H., Dyer-Friedman, J., Glaser, B. and Reiss, A. (2003). Factors associated with parenting stress in mothers of children with fragile X Syndrome. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24 (4), 267-275.

Kim, H. W., Greenberg, J. S. Seltzer, M. M. and Krauss, M. W. (2003). The role of coping in maintaining the psychological well-being of mothers of adults with intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47 (4-5), 313-327.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas. Nueva York: Martínez Roca.

Lazarus, R.S. (1993). From Psychological stress to the emotions. A history of changing outlooks. Annual Review of Psychology.

Ley N° 29973. Diario el Peruano, Lima, Perú, 24 de diciembre del 2012.

Leiva, C. (2017). Autoestima y estilos de afrontamiento al estrés, en el personal de salud de la policía nacional. Universidad Peruana Unión.

López, M. y Roque, H. (2006). Adecuación curricular individual para la atención de necesidades educativas especiales. En G.Acle (Coord.).EducaciónEspecial: investigación y práctica (pp. 83-102). México: Plaza y Valdés.

Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. Cicchetti y D.J. Cohén (Eds.), Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation, Vol. 3 (2th edition). Nueva York: Wiley.

Macías, M. A., Orozco, C. M., Amaris, M. V., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicología desde el Caribe, 30(1).

Martínez, B. & Leonhardt. M. (2009). Maternidad y discapacidad. Recuperado de [http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO21028/maternidad\\_discap.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO21028/maternidad_discap.pdf)

Masten, A. y Powell, J. (2003). A resilience framework for research, policy and practice. En S. Luthar (Ed.), Resilience and 122 Revista de Psicología 2013, 22(2), 111-123 Leiva, Pineda y Encina vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities (pp. 1-25). New York: Cambridge University Press

- Morris, C., Maisto, A., y Pecina Hernández, J. (2001). Psicología. México: Prentice-Hall.
- Morrison, J., Bromfield, L. y Cameron, H. (2003). Atherapeutic model for supporting families of children with a chronic illness or disability. *Child and Adolescent Mental Health*, 8 (3), 125-130.
- Murray, Ch. (2003). Risk factors, protective factors, vulnerability, and resilience. *Remedial and Special Education*, 24 (1), 16-27.
- Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. *Arch. Argent. Pediatr*; 101 (2), 133-142.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Temas de salud: World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Poletti, R. y Dobbs, B. (2005). La resiliencia. Argentina: Libris.
- Roa, C.M.C. y Del Barrio, G.M.V. (2003). Estructura de personalidad materna: su implicación en los problemas infantiles. *Rev. Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 16 (2), 53-69.
- Roque, M, y Acle, G. (2006). Resiliencia materna, funcionamiento familiar y discapacidad intelectual de los hijos en un contexto marginado, *Rev Univ. Psychol*, 12(3), 811-820.
- Roque, M., Acle, G., y Méndez, M. (2007). Escala de resiliencia materna: un estudio de validación en una muestra de madres con niños especiales, *Rev Ridep*, 1(27), 107-132.

Roque,M. del P. y Acle, G. (2013) Resiliencia materna y funcionamiento familiar y discapacidad intelectual de los hijos en un contexto marginado. *Universitas Psychologica*.12(3),811-820.

Roque, H., Acle, T. y García, M. (2009). Escala de resiliencia materna: un estudio de validación en una muestra de madres con niños especiales. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(27), 107-132.

Rubio, E. y Mota, R. (2018). El estrés de las madres con hijos con Síndrome de Down: un análisis descriptivo de una muestra española, *Periódico del Núcleo de Estudios e Investigaciones sobre Género y Derecho*, pp. 82-93.

Tychey, C. (2003). La resiliencia vista por el psicoanálisis. En M. Michael (Coordinador), *La Resiliencia: Resistir y rehacerse* (pp.185-201). Barcelona: Gedisa Editorial.

Ungar, M., Liebenberg, L., y Didkowsky, N. (2007). Negotiating resilience: Protective process of children in transitiono across cultures and contexts - Research manual. Unpublished manuscript, School of Social Work, Dalhousie University, Halifax, Canada.

Walsh, F. (1996). Strengthening family resilience: Crisis and challenge. *Family Process*, 35, 261-281.

Wheaton, B. (1983). Stress, personal coping resources, and psychiatric Symptoms: An investigation of interactive models. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 208-229.

Yu, X. y Zhang, J. (2007). Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) with Chinese people. Social Behavior and Personality, 35 (1), 19-30.

## **ANEXOS**

## **ANEXO A**

## ESCALA DE RESILIENCIA MATERNA

Los presentes cuestionarios son parte de un trabajo de investigación académica. Tu participación es voluntaria y al contestar estas preguntas, por lo que te pedimos tu consentimiento de participación. Responde de manera sincera, tomando en cuenta que no hay respuestas correctas o incorrectas.

**Muchas gracias por tu participación.**

Datos de la madre o tutor	Datos del menor
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad: _____</li> <li>• Estado civil: soltera ( ) Conviviente ( ) casada ( ) viuda ( ) divorciada ( )</li> <li>• Grado de instrucción: _____</li> <li>• Lugar de origen (departamento): _____</li> <li>• Religión: Católico ( ) Evangélico ( ) Adventista ( ) Otro ( ) Especificar: _____</li> <li>• Ocupación: _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo del menor: F ( ) M ( )</li> <li>• Edad del menor: _____</li> <li>• Lugar que ocupa: mayor ( ) medio ( ) menor ( ) único ( )</li> <li>• Edad en el que el niño fue diagnosticada: 0-2 ( ) 3-5 ( ) 6-12( ) 13-18( )</li> <li>• Diagnóstico:</li> </ul>

**Indicaciones:** Este cuestionario contiene una serie de frases cortas que permite hacer una descripción de ti mismo (a). Para ello, debes indicar, con qué frecuencia cada una de las oraciones que aparecen a continuación, es la más acertada, de acuerdo a como te sientes, piensas o actúas la mayoría de las veces

Nº	Ítem	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	Trato de que mi hijo(a) con discapacidad esté alegre.					
2	Pierdo la fe cuando mi hijo(a) que tiene dificultades deja de avanzar en su aprendizaje.					
3	El éxito en lo que hago con mi hijo(a) con discapacidad, se debe sobre todo a los demás					
4	Siento que estoy fracasando al educar a mi hijo(a) con discapacidad					
5	Dios me ayuda para que mi hijo(a) con discapacidad tenga la educación que necesita					

Nº	Ítem	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
6	Me disgusta que mi pareja evite tomar decisiones acerca de mi hijo(a) con discapacidad					
7	La falta de dinero limita la educación que recibe mi hijo(a) con discapacidad.					
8	Me angustia darme cuenta que cada día es más difícil criar a mi hijo(a) con discapacidad.					
9	Si me equivoco en la atención de mi hijo(a) con discapacidad, busco a quien culpar.					
10	Mi pareja me ignora cuándo le pido me ayude a entender lo que pasa con mi hijo(a) con discapacidad.					
11	Lo que hago por mi hijo(a) con discapacidad lo ayuda a salir adelante.					
12	Es difícil lograr las metas relacionadas con mi hijo(a) con discapacidad					
13	Me siento triste porque nadie me ayuda a cuidar a mi hijo cuando se enferma					
14	Creo que mi hijo(a) con discapacidad estará mejor en el futuro					
15	En mi familia es difícil que estemos de acuerdo en que hacer para que mi hijo(a) con discapacidad salga adelante.					
16	Mi pareja se enoja conmigo por dedicarle tiempo a mi hijo(a) con discapacidad					
17	Doy consejos a mi hijo(a) con discapacidad para que llegue a ser una persona respetuosa					
18	Cuando necesito llevar a mi hijo al doctor, la falta de dinero me impide hacerlo.					
19	Culpo a los otros por los problemas educativos que tiene mi hijo(a) con discapacidad.					
20	Se me dificulta resolver las situaciones cuando mi hijo(a) con discapacidad va mal en la escuela					
21	Peleo con mi pareja para ponernos de acuerdo sobre qué hacer con la educación de mi hijo(a) con discapacidad					
22	Dios me da fortaleza para seguir criando a mi hijo(a) con discapacidad					

Nº	Ítem	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
23	Las situaciones más difíciles que he tenido, se relacionan con mi hijo(a) que tiene discapacidad.					
24	Motivo a mi hijo(a) con discapacidad cuando se desespera porque le cuesta trabajo hacer la tarea.					
25	Es imposible contar con el apoyo de los demás cuando estoy en apuros.					
26	Le pido a Dios que me oriente acerca de cómo sacar adelante a mi hijo(a) con discapacidad.					
27	Mi salud me impide atender a mi hijo(a) con discapacidad.					
28	Lamento tener un hijo(a) con discapacidad					
29	Tener fe en que mi hijo(a) mejorará, me ayuda a estar tranquila.					
30	De los problemas de mi hijo(a) con discapacidad, saco un buen aprendizaje.					
31	Es imposible recurrir a mis parientes cuando hay necesidades económicas en casa.					
32	Me cuesta trabajo que mi hijo(a) con discapacidad mejore su conducta					
33	Para mejorar la salud de mi hijo(a) con discapacidad, busco información que me permita elegir qué hacer.					
34	Es difícil sentirme aceptada por mi pareja.					
35	Rezar/orar me da paz interior.					
36	Me siento tensa ante los problemas de salud de mi hijo(a) con discapacidad.					
37	Cuando mi hijo(a) con discapacidad necesita atención, se me dificulta pagar los servicios médicos					
38	Cuando tengo problemas con mi hijo(a) necesito que alguien me ayude a estar de buen humor.					
39	Mi pareja me desanima para continuar atendiendo a mi hijo(a) con discapacidad					
40	Sentirme insegura me impide buscar cómo ayudar a mi hijo(a) con problemas.					
41	La relación con mi pareja se encuentra inestable por la situación de mi hijo(a)					

Nº	Ítem	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
42	En mi familia, todos nos esforzamos por lograr el bienestar de mi hijo(a) con discapacidad.					
43	Me cuesta trabajo estar orgullosa de mi hijo(a) con discapacidad					
44	Cuando se me dificulta conseguir atención médica para mi hijo(a) con discapacidad, sigo buscando hasta conseguirla.					
45	Por atender a mi hijo(a) con discapacidad, desatiendo a mis otros hijos.					

## **ANEXO B**

## CUESTIONARIO MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

### INSTRUCCIONES

Nuestro interés es conocer cómo las personas responden cuando enfrentan situaciones difíciles o estresantes. Con este propósito en el presente cuestionario se pide indicar que cosas hace o siente con más frecuencia cuando se encuentra en tal situación. Seguro que diversas situaciones requieren respuestas diferentes, pero piense en aquellos “**QUE MÁS USA**”. No olvide responder todas las preguntas teniendo en cuenta las siguientes alternativas. Le agrademos por su colaboración.

Nunca

A veces

Generalmente

Siempre

Nº	Ítem	Nunca	A veces	Generalmente	Siempre
1	Ejecuto acciones para deshacerme del problema				
2	Elaboro un plan de acción para deshacerme del problema				
3	Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema				
4	Me esfuerzo esperando el momento apropiado para enfrentar al problema				
5	Pregunto a personas que han tenido experiencias similares y sobre lo que hicieron				
6	Hablo con alguien sobre mis sentimientos				
7	Busco algo bueno de lo que está pasando				
8	Aprendo a convivir con el problema				
9	Busco la ayuda de Dios				

Nº	Ítem	Nunca	A veces	Generalmente	Siempre
<b>10</b>	Emocionalmente me perturbo y libero mis emociones				
<b>11</b>	Me niego a aceptar que el problema ha ocurrido				
<b>12</b>	Dejo de lado mis metas				
<b>13</b>	Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema de mi mente				
<b>14</b>	Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema				
<b>15</b>	Elaboro un plan de acción				
<b>16</b>	Me dedico a enfrentar el problema y, si es necesario, dejo de lado otras actividades				
<b>17</b>	Me mantengo alejado del problema sin hacer nada, hasta que la situación lo permita				
<b>18</b>	Trato de obtener el consejo de otros para saber qué hacer con el problema				
<b>19</b>	Busco el apoyo emocional de amigos o familiares				
<b>20</b>	Trato de ver el problema de forma positiva				
<b>21</b>	Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado				
<b>22</b>	Deposito mi confianza en Dios				
<b>23</b>	Libero mis emociones				
<b>24</b>	Actúo como si el problema no hubiera sucedido realmente				
<b>25</b>	Dejo de perseguir mis metas				
<b>26</b>	Voy al cine o miro TV para pensar menos en el problema				

Nº	Ítem	Nunca	A veces	Generalmente	Siempre
27	Hago paso a paso lo que tiene que hacerse				
28	Me pongo a pensar más en los pasos a seguir para solucionar el problema				
29	Me alejo de otras actividades para concentrarse en el problema				
30	Me aseguro de no crear problemas peores por actuar muy pronto				
31	Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema				
32	Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo				
33	Aprendo algo de la experiencia				
34	Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido				
35	Trato de encontrar consuelo en mi religión				
36	Siento mucha perturbación emocional y expreso esos sentimientos a otros				
37	Me comporto como si no hubiese ocurrido el problema				
38	Acepto que puedo enfrentar el problema y lo dejo de lado				
39	Sueño despierto con otras cosas que no se relacionen al problema				
40	Actúo directamente para controlar el problema				
41	Pienso en la mejor manera de controlar el problema				

Nº	Ítem	Nunca	A veces	Generalmente	Siempre
<b>42</b>	Trato que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema				
<b>43</b>	Me abstengo de hacer algo demasiado pronto				
<b>44</b>	Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema				
<b>45</b>	Busco la simpatía y la comprensión de alguien				
<b>46</b>	Trato de desarrollarme como una persona a consecuencia de la experiencia				
<b>47</b>	Acepto que el problema ha sucedido				
<b>48</b>	Realizo la oración más de lo usual				
<b>49</b>	Me perturbo emocionalmente y estoy atento al problema				
<b>50</b>	Me digo a mí mismo “esto no es real”				
<b>51</b>	Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema				
<b>52</b>	Duermo más de lo usual				

## **ANEXO C**



PERÚ

Ministerio  
de la Mujer y  
Poblaciones Vulnerablesla Integración de la  
Persona con Discapacidad  
CONADIS

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Arequipa, 25 de Junio del 2018

Oficio Múltiple Nº 002-2018-CONADIS/AREQUIPA

Señor:

**Asunto. Investigación sobre Resiliencia y Estilos de Afrontamiento en Madres  
Frente a la Discapacidad de sus Hijos**

Es grato dirigirme a Ud. a Ud. para hacerle llegar un saludo a nombre, del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad – CONADIS, Organismo Descentralizado del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP.

En relación al asunto de la referencia, le informo que se realizará una investigación para sustentar una Tesis sobre la Resiliencia y Estilos de Afrontamiento en Madres Frente a la Discapacidad de sus Hijos, lo que permitirá reconocer los puntos importantes para que los padres de niños con discapacidad puedan afrontar este proceso, en este sentido les solicitamos puedan brindar las facilidades del caso para que las Srtas. Bachilleres en Psicología:

Gabriela Ramos Poma  
Greisy Yucra Choque

Puedan aplicar los instrumentos de recolección de datos, entre sus agremiados/as para realizar la Tesis para optar el Título Profesional de Psicología, con el compromiso de que al concluir y aprobar entregaran un ejemplar de dicha Tesis al CONADIS para poder servir de consulta tanto a profesionales como a los propios padres de familia.

Sin otro particular agradezco anticipadamente la atención a la presente, expresando a usted las muestras de consideración y estima.

Atentamente,

Lic. Silvia Elena Aguilar Villa  
Coordinadora Regional  
CONADIS – Arequipa

C.c.: Archivo  
SEAV;brp.



Av. Jorge Chávez 808 IV Centenario, Cercado. Teléf. RPM #959609080

e-mail: [silena609080@hotmail.com](mailto:silena609080@hotmail.com)

Av. Arequipa Nº 375. Santa Beatriz – Lima. Teléfono (511) 630-5170. Fax: (511) 630-5170

# CASOS

- Caso 1
- Caso 2

# CASO 1

## ANAMNESIS

### I. DATOS DE FILIACION

**Nombres y apellidos** : Y. C. D.  
**Edad** : 36 años  
**Sexo** : Femenino  
**Fecha de nacimiento** : 10/06/1982  
**Lugar de nacimiento** : Arequipa  
**Procedencia** : Arequipa  
**Grado de instrucción** : Superior Completa  
**Estado civil** : Soltera  
**Ocupación** : Enfermera  
**Religión** : Católica  
**Informante** : Paciente  
**Lugar de evaluación** : Puesto de Salud Nazareno  
**Fecha de evaluación** : 07/ 09/ 2018  
14/ 09 / 2018  
**Evaluadora** : Gabriela Vanesa Ramos Poma

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente viene a consulta por sentirse triste debido a una pelea con su pareja, sin saber qué hacer y como poder afrontarlo, asimismo manifiesta que “es la primera persona con la que he estado que me pone así”.

### **III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL**

Paciente tuvo una discusión con su pareja ocasionada porque no le avisó sobre una convocatoria para un trabajo. Intenta comunicarse con él para resolver esta situación, pero por los cruces de horarios no se ha podido y el tampoco intenta darle un tiempo de su fin de semana para poder conversar, situación que le incomoda, quedando afectada por la discusión, al comunicarse por llamadas él le dice que es una caprichosa e inmadura, haciéndola sentir mal y echándose la culpa, muchas veces piensa en el problema lo que le genera recordar experiencias tristes, en ocasiones le cuesta conciliar el sueño y tiene tendencia al llanto, se siente preocupada y desesperanzada con respecto a la relación, asimismo está cansada la mayor parte del tiempo, no le da ganas de hacer nada, ni de salir con sus amigos, va a trabajar sin motivación. En la actualidad esta relación está culminada.

### **IV. ANTECEDENTES PERSONALES**

#### **Etapa Pre-Natal:**

Hija no planificada y pero si deseada. Gestación normal y sin complicaciones fisiológicas.

#### **Etapa Natal:**

Nació de parto natural, sin ninguna complicación.

## **Primera infancia**

### **Etapa Post-Natal:**

Desarrollo psicomotor normal, siendo una niña traviesa y juguetona, no tuvo complicaciones, ni enfermedades graves durante esta etapa.

## **Infancia**

### **Etapa pre-escolar y escolar**

La presencia y el cuidado de la madre fue hasta los 5 años, posteriormente por motivos de trabajo quedó al cuidado de su abuela materna durante el día, la cual la trataba con indiferencia, a su madre solo la ve por las noches. El padre se la pasaba trabajando y el tiempo que tenía no se lo dedicaba a ella sino a sus hermanos. Empieza su escolaridad a la edad de 6 años, siendo una alumna regular durante la primaria y secundaria.

## **Adolescencia**

En esta etapa descubre que su padre tenía otra relación e incluso se entera que tiene un medio hermano, situación que el padre niega, generando distancia con su padre y esta a su vez se ve incrementado debido a que este no le mostraba afecto ni se preocupaba en sus deberes o en las necesidades de ella.

## **Desarrollo y función sexual**

Comenzó a darse cuenta de la diferenciación del sexo entre los 6 años aproximadamente, por enseñanza de su madre. Tiene su primer enamorado a los 25 años cuando aún estudiaba su carrera universitaria, conoce a un joven en la iglesia con el que comienza una relación,

quedando embarazada e iniciando planes para contraer matrimonio, pero este no mostraba interés para averiguar los requisitos, trámites u otros, ella era la que hacia todo, no obstante sentía que joven le echaba la culpa de que ya no podría seguir una carrera, cuando tenía 5 meses descubre a su pareja con otra persona, lo que ocasiona un conflicto entre ambos terminando la relación, va constantemente a todos sus controles durante la gestación encontrando todo con normalidad, al faltarle pocos días para dar a luz el médico le dice que escucha los latidos del bebé débiles, ella piensa que está bromeando debido a que durante los controles los resultados eran favorables, cuando llega el día del parto su bebé nace muerto, su ex pareja va a visitarla pero ella no quiere verlo, entierran a su hijo y entra en una “depresión”, retoma la carrera después de dejarla debido a su embarazo, sus padres piensan que tiene planes para regresar con su expareja debido a que esta la buscaba, metiéndola en problemas; posteriormente termina su carrera y estudia una especialización, conoce a un joven ingeniero con el que comienza una relación la cual describe como indiferente, la relación duro 3 años pero quedó inconclusa porque ella vio que su pareja tenía salidas frecuentes con su amiga y se rumoraba que estaban en una relación, le dijo que no quería verlo y él no la volvió a buscar, después de un año se reencontraron y mantienen una relación cordial hasta la actualidad. Su última relación por la cual viene a consulta es con un biólogo de 45 años, es separado y tiene 2 hijos, al que conoció en su anterior trabajo, tuvieron una discusión generada porque no le avisó sobre una convocatoria para un trabajo, trató de comunicarse con él, pero este no le brindaba el tiempo necesario para conversar, quedando afectada por la discusión, le echa la culpa y le dice caprichosa, se siente triste, en ocasiones recurriendo al llanto, se siente fatigada muchas veces pero no

por eso deja de cumplir con sus responsabilidades y trabajo, de la misma manera ya no sale con sus amigos porque no le da ganas. En la actualidad la relación culminó.

### **Actividad laboral**

La paciente trabaja de enfermera, actualmente labora en un hospital hace dos meses.

### **Religión**

La religión que profesa es la católica

### **Sueño**

Duerme con normalidad, en ocasiones no puede conciliar el sueño por estar pensando en los problemas con respecto a su pareja.

### **Hábitos o influencias nocivas o toxicas**

Y. no consume sustancias nocivas; no tiene problema en la alimentación y tiene dificultad para conciliar el sueño; cuenta con un aseo e higiene personal adecuada.

### **Antecedentes mórbidos**

### **Enfermedades y accidentes**

La paciente tuvo las enfermedades comunes durante su desarrollo, ninguna de seriedad; no presentó accidentes graves.

### **Personalidad premórbida**

Durante su niñez la paciente era pasiva, se sentía sola, su madre la cuido hasta los 5 años, luego por motivos de trabajo quedó a cargo de su abuela que era apática con ella, no tenía atención ni afecto por parte de su padre, el cual prefería pasar tiempo con sus hermanos, incluso llegó a tener un hijo fuera del matrimonio, esto generó que se vayan distanciando cada vez más. De adolescente era insegura y continuó siendo pasiva. Ya de adulta es reservada y serena. Las parejas que tuvo las percibe como indiferentes. Actualmente se encuentra con un estado de ánimo de tristeza y melancolía debido a una discusión con su última pareja por la que se siente más afectada a diferencia de sus anteriores relaciones.

## **V. ANTECEDENTES FAMILIARES**

### **Composición familiar**

La paciente es el cuarta de cinco hermanos. En la actualidad vive solo con sus padres y hermana.

**Madre:** Es profesora, en la actualidad trabaja, su carácter es dominante y, es por esto surgen hay peleas constantemente.

**Padre:** Es de profesión albañil, la relación que tiene con la paciente es indiferente, no se comunican.

**Hermana:** Es menor que la paciente, tienen una buena relación pero se han distanciado últimamente.

### **Dinámica familiar**

En cuanto al ámbito familiar es la cuarta hija de cinco hermanos con los cuales se lleva bien, aunque este último año ha sentido que la relación con su hermana menor no ha sido buena debido al apego que tiene esta hacia su padre, en cuanto a la relación con su madre es buena, pero en ocasiones hay conflicto entre ellas debido al carácter dominante de ella y su manera que tiene de corregirla; con respecto a la relación con su padre, es mala debido a que no hay comunicación entre ellos, ella lo saluda pero él no le responde, tampoco tiene buenos recuerdos ya que no recibía abrazos, besos o felicitaciones de su parte y no le dedicaba el tiempo que con sus hermanos compartía.

### **Condición socioeconómica**

Nivel socioeconómico medio, actualmente vive en casa de sus padres, la cual es sustentada económicamente por madre y paciente. Vivienda cuenta con todos los servicios fundamentales como son agua, luz y desagüe.

### **Antecedentes familiares patológicos**

No hay antecedentes familiares de enfermedades mentales.

## **VI. RESUMEN**

Y. nació de parto natural, sin ninguna complicación. La presencia y el cuidado de la madre fueron hasta los 5 años, posteriormente por motivos de trabajo quedó al cuidado de su abuela materna, la que la trataba con indiferencia, su padre trabajaba y no tenía tiempo para ella. Durante su adolescencia descubre que su padre tenía otra relación, e incluso se entera

que tiene un medio hermano, generando distancia con su padre y esta a su vez se ve incrementado debido a que este no le mostraba afecto ni se preocupaba en sus deberes o en las necesidades de ella. Posteriormente ingresa a la universidad en la escuela de enfermería, su padre no la apoya económicamente, aunque hubiera solvencia económica en el hogar. A los 25 años cuando aún estudiaba su carrera universitaria conoce a un joven en la iglesia con el cual comienza una relación, quedando embarazada e iniciando planes para contraer matrimonio, cuando tenía 5 meses descubre a su pareja con otra persona, lo que ocasiona un conflicto entre ambos terminando la relación. El día del parto su bebé nace muerto, su ex pareja va a visitarla, pero ella no quiere verlo, entierran a su hijo y entra en una “depresión”, retoma la carrera después de dejarla debido a su embarazo. Termina su carrera y estudia una especialización, conoce a un joven ingeniero con el que comienza una relación la que describe como indiferente, la relación duro 3 años, pero quedó inconclusa porque ella vio que joven salía mucho con su amiga y se rumoraba que estaban en una relación, es por esto que decide alejarse. Su última relación por la cual viene a consulta es con un biólogo separado que tiene 2 hijos, al que conoció en su anterior trabajo, tuvieron una discusión generada porque no le avisó sobre una convocatoria para un trabajo, trató de comunicarse con él, pero este no le brindaba el tiempo necesario para conversar, quedando afectada por la discusión, le echa la culpa y le dice caprichosa, se siente triste, en ocasiones recurriendo al llanto, se siente fatigada muchas veces pero no por eso deja de cumplir con sus responsabilidades y trabajo, de la misma manera ya no sale con sus amigos porque no le da ganas. En la actualidad la relación culminó.

## EXAMEN MENTAL

### I. DATOS DE FILIACION

**Nombres y apellidos** : Y. C. D.  
**Edad** : 36 años  
**Sexo** : Femenino  
**Fecha de nacimiento** : 10/06/1982  
**Lugar de nacimiento** : Arequipa  
**Procedencia** : Arequipa  
**Grado de instrucción** : Superior Completa  
**Estado civil** : Soltera  
**Ocupación** : Enfermera  
**Religión** : Católica  
**Referente** : Paciente  
**Lugar de evaluación** : Puesto de Salud Nazareno  
**Evaluadora** : Gabriela Vanesa Ramos Poma

### II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

Aparenta la edad referida, es de contextura delgada, cabello negro corto, tez trigueña. Su postura es recta y su marcha es coordinada pero lenta; tiene un correcto arreglo e higiene personal. Se expresa con claridad, su tono de voz era adecuada, pero con ciertas variaciones

al relatar hechos de su pasado, su expresión facial denota tristeza. En el transcurso de la evaluación se mantuvo colaboradora.

### **III. ATENCION, CONCIENCIA Y ORIENTACION**

#### **Atención**

La paciente no presenta distracción, su atención voluntaria se mantuvo a lo largo de la entrevista, sin perder en ningún momento la secuencia de las preguntas, comprende muy bien las indicaciones y muestra dispuesta a escuchar.

#### **Conciencia**

Se encuentra en estado de vigilia, ya que se da cuenta de lo que sucede a su alrededor.

#### **Orientación**

Ubicada en tiempo, espacio y persona.

### **IV. LENGUAJE**

Su lenguaje expresivo no presentó inconvenientes en lo que es la velocidad de respuesta, puede articular fonemas y palabras adecuadamente, manteniendo su ritmo y fluidez. Lenguaje comprensivo adecuado, no presenta problemas en la comprensión de los conceptos, de órdenes ni el significado de la palabra.

**V. PENSAMIENTO**

No presenta problemas en el desarrollo de su pensamiento siguiendo un tema de conversación continuado y sin cambios, sin embargo, en su contenido se encontraron presente ideas de preocupación y desesperanza con respecto a la relación con su pareja.

**VI. PERCEPCION**

Sus procesos perceptivos se encuentran en buen estado no presentando ilusiones ni alucinaciones de ningún tipo.

**VII. MEMORIA**

Recuerda con precisión episodios de su vida, su memoria remota no se haya afectada. Su memoria reciente es adecuada, no se encuentra alteraciones, logra fijar su atención.

**VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL****Conocimientos generales**

Los conocimientos de la paciente son acordes a su edad, escolaridad y nivel cultural.

**Pensamiento**

Adecuado razonamiento. Comprensión, y capacidad de abstracción y juicio.

**IX. ESTADO DE ANIMO Y AFECTO**

Denota tristeza y ansiedad por situación con pareja, incluso llora en algunas ocasiones, presenta pérdida del interés por actividades que antes le gustaban como salir con sus amigos.

**X. COMPRENSION Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA**

Tiene conciencia de su problema y que esta repercuten en su vida de forma negativa, por lo que busca ayuda en el servicio de psicología del puesto de salud donde labora.

**XI. RESUMEN**

Y. aparenta la edad referida, es de contextura delgada, cabello negro corto, tez trigueña. Su postura es recta y su marcha es coordinada pero lenta; tiene un correcto arreglo e higiene personal. Se expresa con claridad, su tono de voz era adecuado, pero con ciertas variaciones al relatar hechos de su pasado, su expresión facial denota tristeza. En cuanto al contenido de su pensamiento se encontraron presentes ideas de preocupación con respecto a su pareja. No presenta problemas en el desarrollo de su pensamiento siguiendo un tema de conversación continuado y sin cambios, sin embargo, en su contenido se encontraron presentes ideas de preocupación y desesperanza con respecto a la relación con su pareja. Denota tristeza y ansiedad por situación con pareja, incluso llora en algunas ocasiones, presenta pérdida del interés por actividades que antes le gustaban como salir con sus amigos.

## **INFORME PSICOMÉTRICO**

## **I. DATOS DE FILIACION**

<b>Nombres y apellidos</b>	: Y. C. D.
<b>Edad</b>	: 36 años
<b>Sexo</b>	: Femenino
<b>Fecha de nacimiento</b>	: 10/06/1982
<b>Lugar de nacimiento</b>	: Arequipa
<b>Procedencia</b>	: Arequipa
<b>Grado de instrucción</b>	: Superior Completa
<b>Estado civil</b>	: Soltera
<b>Ocupación</b>	: Enfermera
<b>Religión</b>	: Católica
<b>Referente</b>	: Paciente
<b>Lugar de evaluación</b>	: Puesto de Salud Nazareno
<b>Fecha de evaluación</b>	: 14/ 09 / 2018
	21 /09 / 2018
<b>Evaluadora</b>	: Gabriela Vanesa Ramos

## **II. OBSERVACIONES GENERALES**

La actitud de la paciente es adecuada, manifiesta su problema de manera abierta, colabora con las preguntas realizadas y añade comentarios y detalles personales, completa las pruebas de manera adecuada esforzándose en realizarlas apropiadamente, comprendiendo

las indicaciones para la realización de la evaluación, respondiendo a los ítems de manera reflexiva.

### **III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

Pruebas Psicológicas:

- Escala de depresión de Zung
- Test del árbol
- Test de la figura humana de Karen Machover

### **IV. INTERPRETACIÓN**

#### **Escala de depresión de Zung**

##### **a. Cuantitativa**

Puntos	Índice de edad	Interpretación
41	51	Depresión leve moderada

##### **b. Cualitativa**

Según los resultados Y. tiene una Depresión Leve, caracterizándose por presentar tristeza, melancolía, abatimiento, llorar en ocasiones, esto a causa de recordar la pelea con su pareja y los problemas que le han acontecido a lo largo de su vida, manifiesta cansancio sin motivo, perdida del interés por actividades que antes le gustaban como salir con sus amigos.

### **Test del árbol**

La paciente proyecta rasgos de ser introvertida, reflexiva dándole muchas vueltas a una situación o problema sobre la reciente discusión con su pareja, asimismo ser serena, cautelosa, reservada y tener autocontrol, también proyecta sentirse sola, no se habla con su padre y la relación con su hermana menor con la que era apegada se ha visto afectada, de la misma manera una necesidad de resolver sus conflictos, quiere arreglar la situación con su pareja y hablar de lo sucedido, del mismo modo proyecta ser una persona sensible, positiva y optimista, manifiesta que la situación cambiará y mejorará más adelante.

### **Test de la figura humana de Karen Machover**

Y. proyecta rasgos de introversión, cautela, deseos de compensar sentimientos de inferioridad, su pareja le echa la culpa de lo sucedido diciéndole que es una inmadura; de la misma manera destaca habilidades intelectuales, la paciente manifiesta que asiste a cursos y especializaciones, le gusta pasar el tiempo leyendo; proyecta nostalgia, recuerda a su pareja y problemas que ha vivido; asimismo, proyecta positivismo, esto se ve reflejado en la actitud optimista que asume.

## **V. RESUMEN**

La paciente es serena, reservada y tiene autocontrol, tiende a ser introvertida, cautelosa en el trato con los demás, tiene deseos de compensar sentimientos de inferioridad, muchas veces se echa la culpa de lo que le sucede experimentando sentimientos de inseguridad; constantemente está nostálgica y reflexiva, recuerda a su pareja y problemas que ha vivido

dándole muchas vueltas. Se siente sola, tiene pocos amigos, no siente apego hacia su padre, no se habla con él y la relación con su hermana menor con la que era apagada se ha visto afectada; tiene la necesidad de resolver sus conflictos, pero su pareja no le da el tiempo para poder conversar. Su estado de ánimo es de tristeza, melancolía y abatimiento, tiene cansancio sin motivo, no disfruta de las cosas que hace habiendo una pérdida del interés por las actividades que antes le gustaban, llora en ocasiones, le cuesta conciliar el sueño; pero es positiva, esto se ve reflejado en la actitud optimista que asume, cree que la situación va a cambiar y mejorar más adelante. De la misma manera destaca habilidades intelectuales, le da importancia a los estudios y mantenerse actualizada es por esto que asiste a cursos y especializaciones.

## INFORME PSICOLÓGICO

### I. DATOS GENERALES

**Nombres y apellidos** : Y. C. D.  
**Edad** : 36 años  
**Sexo** : Femenino  
**Fecha de nacimiento** : 10/06/1982  
**Lugar de nacimiento** : Arequipa  
**Procedencia** : Arequipa  
**Grado de instrucción** : Superior Completa  
**Estado civil** : Soltera  
**Ocupación** : Enfermera  
**Religión** : Católica  
**Referente** : Paciente  
**Lugar de evaluación** : Puesto de Salud Nazareno  
**Fecha de evaluación** : 07/ 09/ 2018  
                                    14/ 09 / 2018  
                                    21 /09 / 2018  
**Evaluadora** : Gabriela Vanesa Ramos Poma

### II. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente viene a consulta por sentirse triste debido a una pelea con su pareja, sin saber qué hacer y como poder afrontarlo, asimismo manifiesta que “es la primera persona con la que he estado que me pone así”.

### III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista Psicológica
- Pruebas Psicológicas:
  - Escala de Depresión de Zung
  - Test del árbol
  - Test de la figura humana de Karen Machover

### IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Y. nació de parto natural, sin ninguna complicación. La presencia y el cuidado de la madre fueron hasta los 5 años, posteriormente por motivos de trabajo quedó al cuidado de su abuela materna, la que la trataba con indiferencia, su padre trabajaba y no tenía tiempo para ella. Durante su adolescencia descubre que su padre tenía otra relación, e incluso se entera que tiene un medio hermano, generando distancia con su padre y esta a su vez se ve incrementado debido a que este no le mostraba afecto ni se preocupaba en sus deberes o en las necesidades de ella. Posteriormente ingresa a la universidad en la escuela de enfermería, su padre no la apoya económicamente, aunque hubiera solvencia económica en el hogar. A los 25 años cuando aún estudiaba su carrera universitaria conoce a un joven en la iglesia con el cual comienza una relación, quedando embarazada e iniciando planes para contraer matrimonio, cuando tenía 5 meses descubre a su pareja con otra persona, lo que ocasiona un conflicto entre ambos terminando la relación. El día del parto su bebé nace muerto, su ex pareja va a visitarla, pero ella no quiere verlo, entierran a su hijo y entra en una

“depresión”, retoma la carrera después de dejarla debido a su embarazo. Termina su carrera y estudia una especialización, conoce a un joven ingeniero con el que comienza una relación la que describe como indiferente, la relación duro 3 años, pero quedó inconclusa porque ella vio que joven salía mucho con su amiga y se rumoraba que estaban en una relación, es por esto que decide alejarse. Su última relación por la cual viene a consulta es con un biólogo de 45 años, es separado y tiene 2 hijos, al que conoció en su anterior trabajo, tuvieron una discusión generada porque no le avisó sobre una convocatoria para un trabajo, trató de comunicarse con él, pero este no le brindaba el tiempo necesario para conversar, quedando afectada por la discusión, le echa la culpa y le dice caprichosa, se siente triste, en ocasiones recurriendo al llanto, se siente fatigada muchas veces pero no por eso deja de cumplir con sus responsabilidades y trabajo, de la misma manera ya no sale con sus amigos porque no le da ganas. En la actualidad la relación culminó.

## V. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

La paciente aparenta la edad referida, es de contextura delgada, cabello negro corto, tez trigueña. Su postura es recta y su marcha es coordinada pero lenta; tiene un correcto arreglo e higiene personal. Se expresa con claridad, su tono de voz era adecuado, pero con ciertas variaciones al relatar hechos de su pasado, su expresión facial denota tristeza. En cuanto al contenido de su pensamiento se encontraron presenta ideas de preocupación con respecto a su pareja. No presenta problemas en el desarrollo de su pensamiento siguiendo un tema de conversación continuado y sin cambios, sin embargo, en su contenido se encontraron presentes ideas de preocupación y desesperanza con respecto a la relación con su pareja. Denota tristeza y ansiedad por situación con pareja, incluso llora en algunas ocasiones,

presenta pérdida del interés por actividades que antes le gustaban como salir con sus amigos.

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

La paciente es serena, reservada y tiene autocontrol, tiende a ser introvertida, cautelosa en el trato con los demás, tiene deseos de compensar sentimientos de inferioridad, muchas veces se echa la culpa de lo que le sucede experimentando sentimientos de inseguridad; constantemente está nostálgica y reflexiva, recuerda a su pareja y problemas que ha vivido dándole muchas vueltas. Se siente sola, tiene pocos amigos, no siente apego hacia su padre, no se habla con él y la relación con su hermana menor con la que era apagada se ha visto afectada; tiene la necesidad de resolver sus conflictos, pero su pareja no le da el tiempo para poder conversar. Su estado de ánimo es de tristeza, melancolía y abatimiento, tiene cansancio sin motivo, no disfruta de las cosas que hace habiendo una pérdida del interés por las actividades que antes le gustaban, llora en ocasiones, le cuesta conciliar el sueño; pero es positiva, esto se ve reflejado en la actitud optimista que asume, cree que la situación va a cambiar y mejorar más adelante. De la misma manera destaca habilidades intelectuales, le da importancia a los estudios y mantenerse actualizada es por esto que asiste a cursos y especializaciones.

## **VII. DIAGNÓSTICO**

La paciente constantemente está nostálgica y reflexiva, presenta un estado de ánimo depresivo de tristeza, melancolía y abatimiento por la pelea reciente con su pareja y

ansiedad por situación que atraviesa actualmente, asimismo están presente ideas de preocupación y desesperanza con respecto a la relación sentimental, no disfruta de las cosas que hace habiendo una pérdida del interés por las actividades que antes le gustaban como salir con amigos, hay un aumento de la fatigabilidad para realizar sus actividades diarias y su trabajo como enfermera sintiendo cansancio sin motivo, a su vez llanto en ocasiones al recordar a el problema, le cuesta conciliar el sueño. De acuerdo a la sintomatología presentada se concluye que la paciente presenta Episodio Depresivo Leve F32.0

## **VIII. PRONÓSTICO**

El pronóstico es favorable, por su actitud positiva, motivación para el tratamiento y adherencia terapéutica.

## **IX. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda a la paciente seguir tratamiento psicoterapéutico individual.

Arequipa, 21 de setiembre del 2018

---

Gabriela Vanesa Ramos Poma

Bachiller de Psicología

## PLAN PSICOTERAPÉUTICO

### I. DATOS GENERALES

**Nombres y apellidos** : Y. C. D.  
**Edad** : 36 años  
**Sexo** : Femenino  
**Fecha de nacimiento** : 10/06/1982  
**Lugar de nacimiento** : Arequipa  
**Procedencia** : Arequipa  
**Grado de instrucción** : Superior Completa  
**Estado civil** : Soltera  
**Ocupación** : Enfermera  
**Religión** : Católica  
**Referente** : Paciente  
**Lugar de evaluación** : Puesto de Salud Nazareno

### II. DIAGNOSTICO

La paciente constantemente está nostálgica y reflexiva, presenta un estado de ánimo depresivo de tristeza, melancolía y abatimiento por la pelea reciente con su pareja y ansiedad por situación que atraviesa actualmente, asimismo están presente ideas de preocupación y desesperanza con respecto a la relación sentimental, no disfruta de las cosas que hace habiendo una pérdida del interés por las actividades que antes le gustaban como salir con amigos, hay un aumento de la fatigabilidad para realizar sus actividades diarias y

su trabajo como enfermera sintiendo cansancio sin motivo, a su vez llanto en ocasiones al recordar a el problema, le cuesta conciliar el sueño. De acuerdo a la sintomatología presentada se concluye que la paciente presenta Episodio Depresivo Leve F32.0

### **III. OBJETIVO GENERAL**

Identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que producen emociones y conductas contraproducentes.

### **IV. DESCRIPCION DEL PLAN TERAPEUTICO**

<b>SESIONES</b>		
<b>Nro.</b>	<b>Técnica</b>	<b>Objetivo</b>
<b>1</b>	Orientación y consejería en salud mental. “Termómetro del Estado de Ánimo”	Evaluar el estado de ánimo de la paciente
<b>2</b>	“Vacía tu mente”	Aplicar técnica de relajación
<b>3</b>	“Los pensamientos”	Identificar dentro de una lista aquellos pensamientos saludables y dañinos que pudiera haber tenido.
<b>4</b>	“Pensamientos saludables”	Dar información sobre el aumento de los pensamientos saludables

<b>5</b>	<b>“Lo que hago afecta cómo me siento”</b>	Analizar y ejemplificará algunas situaciones respecto al tema
----------	--	---

## V. TECNICA TERAPEUTICA A UTILIZAR

### Sesión 1

<b>Técnica:</b>	Orientación y consejería en salud mental. Termómetro del Estado de Ánimo
<b>Objetivo:</b>	Evaluar el estado de ánimo de la paciente.
<b>Descripción:</b>	En la primera sesión, a la paciente se le explicará el procedimiento de la intervención. Se procederá a entrevistarla, para recopilar los datos más relevantes en función de su vida (información general, relaciones familiares, sociales y afectivas, trabajo, tiempo de ocio, entre otros apartados). Se asignará una tarea para casa, donde se deberá evaluar diariamente el estado de ánimo en un formato nombrado “Termómetro del Estado de Ánimo”.
<b>Materiales:</b>	Ficha del termómetro del ánimo impresa.
<b>Duración:</b>	45 minutos

### Sesión 2

<b>Técnica:</b>	“Vacía tu mente”.
-----------------	-------------------

<b>Objetivo:</b>	Aplicar técnica de relajación.
<b>Descripción:</b>	Se le aplicará la técnica de relajación “vacía tu mente”, se proseguirá a revisar la tarea del termómetro del estado de ánimo. De la misma manera se le hará explicar el mensaje de la sesión, a su vez se le presentará información sobre las “3 maneras para disminuir los pensamientos dañinos que nos hacen sentir mal” y sus posibles “remedios”, a lo cual la paciente aportaba ejemplos.
<b>Materiales:</b>	Ficha impresa
<b>Duración:</b>	45 minutos

### Sesión 3

<b>Técnica:</b>	“Los pensamientos”.
<b>Objetivo:</b>	Identificar dentro de una lista aquellos pensamientos saludables y dañinos que pudiera haber tenido.
<b>Descripción:</b>	Se procederá a que la paciente lea el nombre y mensaje de la sesión, para posteriormente proporcionarle información del módulo sobre “los pensamientos” (saludables y dañinos) y la realidad (interna y externa). Se le pedirá que identifique dentro de una lista aquellos pensamientos saludables y dañinos que pudiera haber tenido. Al finalizar la sesión, se

	comenzará a revisar nuevamente el termómetro del estado de ánimo, y se le asignará la tarea “los pensamientos” en la que identificará aquellos que tuvo recientemente y cómo se sintió respecto a ellos.
<b>Materiales:</b>	Ficha impresa
<b>Duración:</b>	45 minutos

#### Sesión 4

<b>Técnica:</b>	“Pensamientos saludables”
<b>Objetivo:</b>	Dar información sobre el aumento de los pensamientos saludables.
<b>Descripción:</b>	Durante esta sesión se tratará de hacer un repaso de toda la información, así como de aquellas actividades que fueron proporcionadas durante las sesiones anteriores. Posteriormente, se le dará información sobre el aumento de los pensamientos saludables, se le dirigirá un ejercicio de relajación con imaginación en la que tratará de visualizar su pasado y futuro; después se evaluará la sesión y se le asignará tarea para casa.
<b>Materiales:</b>	Ficha impresa
<b>Duración:</b>	45 minutos

#### Sesión 5

<b>Técnica:</b>	“Lo que hago afecta cómo me siento”
<b>Objetivo:</b>	Analizar y ejemplificará algunas situaciones respecto al tema
<b>Descripción:</b>	Durante la sesión se le revisará la tarea y se le empezará a mostrar información, donde analizará y ejemplificará algunas situaciones respecto al tema “lo que hago afecta cómo me siento”, luego contestará un formato donde se evaluará una actividad que estuvo relacionada con su estado de ánimo, con el objetivo de incrementar las actividades agradables. Y al finalizar, se analizará el termómetro del estado de ánimo desde la primera sesión hasta la finalización de esta última sesión, para así poder dar fin al plan terapéutico o si fuera necesario alargarlo.
<b>Materiales:</b>	Ficha impresa
<b>Duración:</b>	45 minutos

## VI. TIEMPO DE EJECUCION

Sesiones: 5 sesiones

Duración de cada sesión: 45 minutos

## VII. LOGROS A OBTENER

- Establecer relación terapéutica
- Mostrarle cómo influyen las cogniciones en las emociones

## VIII. CAMBIO DE ACTITUDES Y/O COMPORTAMIENTOS

- Se redujo la frecuencia de la presencia de estos síntomas que retroalimentan a la depresión e incrementaron aquellos que mantienen un adecuado estado de ánimo.

Arequipa, 21 de setiembre del 2018

---

Gabriela Vanesa Ramos Poma

Bachiller de Psicología

**ESCALA DE ZUNG**  
**DEPRESIÓN**

P.S. NAZARENO

Nombre: Yamile

Marque con circulo el número que se ajuste a su respuesta

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Me siento triste y decaído	1	2	X	4
2. Por las mañanas me siento mejor	4	X	2	1
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro	1	2	X	4
4. Me cuesta mucho dormir por las noches	1	X	3	4
5. Como igual que antes	4	X	2	1
6. Aún tengo deseos sexuales	4	X	2	1
7. Noto que estoy adelgazando	X	2	3	4
8. Estoy estreñido	X	2	3	4
9. El corazón me late más rápido que antes	X	2	3	4
10. Me canso sin motivo	1	2	X	4
11. Mi mente está tan despejada como antes	4	X	2	1
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	X	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	X	2	3	4
14. Tengo confianza en el futuro	4	3	2	X
15. Estoy más irritable que antes	1	X	3	4
16. Encuentro fácil tomar decisiones	4	3	X	1
17. Siento que soy útil y necesario	X	2	3	4
18. Encuentro agradable vivir	4	3	2	X
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto	X	2	3	4
20. Me gusta las misma cosas que antes	4	X	2	1

PUNTAJE TOTAL

41

ÍNDICE DE VALORACIÓN DE DEPRESIÓN							
PUNTOS	ÍNDICE EDAD	PUNTOS	ÍNDICE EDAD	PUNTOS	ÍNDICE EDAD	PUNTOS	ÍNDICE EDAD
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	92
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 EDAD

Menos de 50

50 - 59

60 - 69

70 a Más

### INTERPRETACIÓN

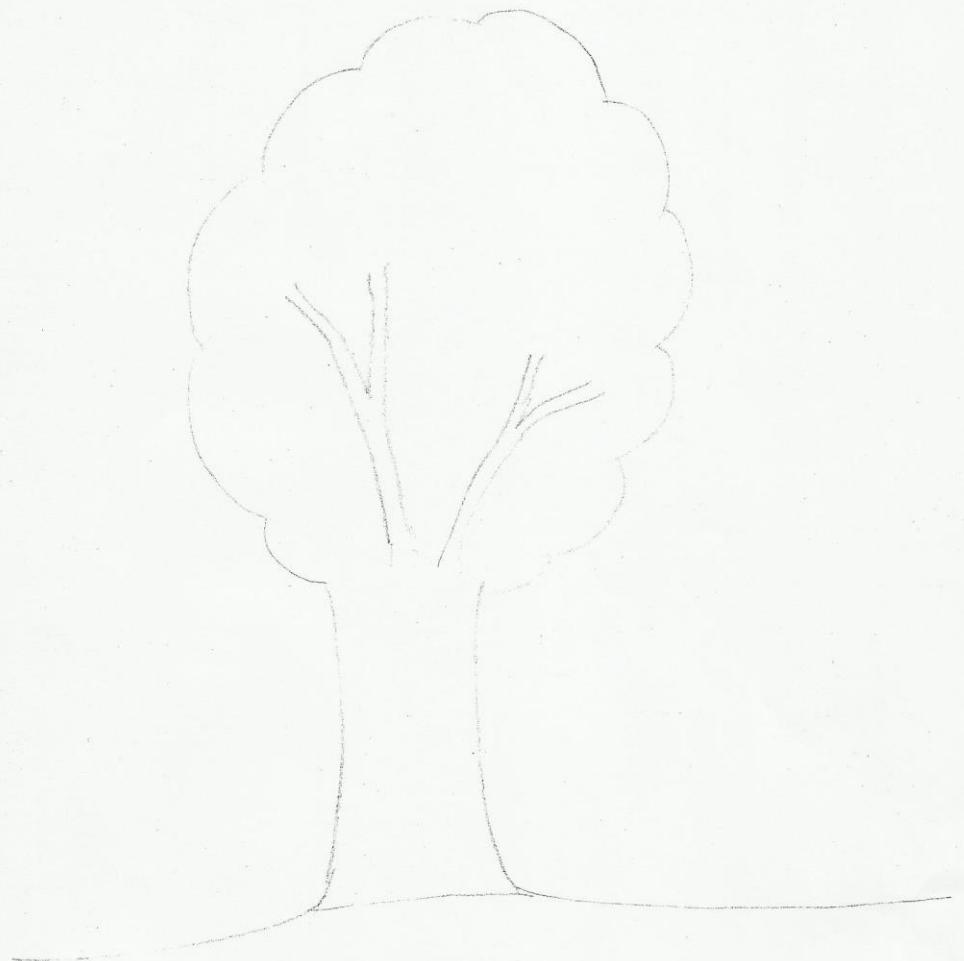
DENTRO DE LÍMITES NORMALES

DEPRESIÓN LEVE MODERADA

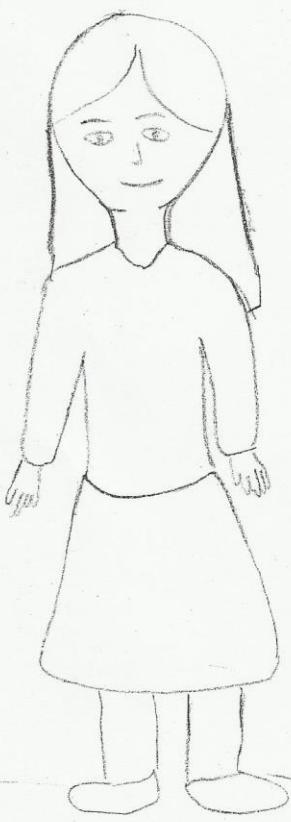
DEPRESIÓN MODERADA INTENSA

DEPRESIÓN INTENSA

Yamile



Yanile



Soy yo cuando era niña

## CASO 2

## **ANAMNESIS**

## **I. DATOS DE FILIACIÓN**

<b>Nombres y apellidos:</b>	Eloy
<b>Edad:</b>	23 años
<b>Fecha de nacimiento:</b>	28/12/1995
<b>Lugar de nacimiento:</b>	Arequipa
<b>Procedencia:</b>	Arequipa
<b>Grado de instrucción:</b>	Superior- Incompleta
<b>Estado civil:</b>	Soltero
<b>Ocupación:</b>	Ninguna
<b>Religión:</b>	Católica
<b>Referente:</b>	El propio paciente
<b>Lugar de evaluación:</b>	Centro de salud Tiabaya
<b>Fecha de evaluación:</b>	06 / 09 / 2018
	08 /09 / 2018
<b>Evaluador(a):</b>	Greisy Medalid Yucra C

## **II. MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente acude a consulta refiriendo tener problemas al comunicarse con las demás personas; no sabiendo como iniciar una conversación poniéndose nervioso y temblando su voz así mismo temiendo ser la burla de los demás.

### **III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL**

Este problema le viene afectando desde pequeño siempre tuvo problemas con su forma de actuar ya que era callado, su madre decía que era tímido y que otros niños tomaban la iniciativa en acercársele; en cuanto a su desempeño escolar en los primeros años sus notas eran bajas yendo por ello al psicólogo de su institución educativa manifestando que tenía problemas en comprender las lecciones , es por ello que una de sus hermanas le ayudaba con sus repasos , desde la infancia el paciente solo cuenta con unos pocos amigos los cuales siempre estaban a su lado hasta la secundaria después de terminar el quinto año dejó de comunicarse con ellos ya que decidieron estudiar cosas distintas y también de reunirse ocasionalmente para jugar futbol, es en ese momento él se sintió perdido, decidiendo refugiarse en los video juegos y no saliendo de casa con frecuencia ; trató de estudiar inglés en un instituto pero le angustiaba mucho el trabajos en equipo y también equivocarse en las preguntas orales en clases , y exponer enfrente de todos también no podía hablar con sus compañeros por que se sentía inferior a ellos ya que la mayoría de ellos estudiaban en la universidad.

### **IV. ANTECEDENTES PERSONALES**

#### **Etapa Pre-Natal:**

Hijo planificado y deseado. La gestación del paciente fue normal y sin complicaciones fisiológicas.

#### **Etapa Natal:**

Gestación duro 9 meses no presentándose ningún tipo de inconveniente.

## **Primera infancia**

### **Etapa Post-Natal:**

Desarrollo psicomotor adecuado, presentó enfermedades que son usuales en la niñez, no sufrió de accidentes graves. Manifiesta no tener tenido problemas con su desarrollo.

## **Infancia**

### **Etapa pre-escolar y escolar**

Ingreso al colegio a los 6 años de edad fue un alumno regular, indicando que no comprendía rápidamente las lecciones yendo por ello al psicólogo de su institución educativa. Manifiesta que tenía problemas en sus estudios y su hermana le ayudaba en sus repasos desde esta etapa manifiesta que no socializaba mucho llamándose tímido.

## **Adolescencia**

En la etapa de la adolescencia le gustaba estar con sus amigos de la infancia a pesar de que él no era de tanto hablar disfrutaba de la compañía de sus amigos e iba a fiestas con ellos hasta que terminó la secundaria y perdió la comunicación con ellos sintiéndose perdido y no sabiendo como socializar con nuevas personas llegando a centrarse solo en los videojuegos estando solo en casa.

También se sintió mal por el desarrollo ya que en ese entonces sufrió acné siendo las partes más afectadas el rostro y la espalda esto le llevó a acudir al dermatólogo

## **Desarrollo y función sexual**

Comenzó a darse cuenta de la diferenciación del sexo entre los 7 años aproximadamente, por enseñanza de los padres. No ha tenido ninguna enamorada por su problema ya que se

pone nervioso y tiene miedo de quedar en el ridículo al hablar con las chicas pero que si siente atracción por ellas.

### **Actividad laboral**

El paciente ha trabajado desde los 18 años ya que no pudo terminar sus estudios por su problema, lo hizo por recomendación de su madre ya que se preocupaba de que no hiciera nada productivo, recientemente ya no trabaja.

### **Religión**

El paciente es de religión católica, porque su familia pertenece a esta religión.

### **Hábitos o influencias nocivas o toxicas**

El paciente no consume sustancias nocivas; no tiene ningún tipo de problema en la alimentación y en la conciliación del sueño; cuenta con un aseo personal adecuado.

### **Antecedentes mórbidos**

### **Enfermedades y accidentes**

El paciente tuvo las enfermedades comunes durante su desarrollo ninguna de seriedad; no presento accidentes graves.

### **Personalidad premórbida**

Durante su desarrollo el paciente mostro ser una persona tímida e introvertida, inseguro solo conto con unos pocos amigos de la infancia y después de terminar su periodo escolar se sintió perdido, intento estudiar inglés en un instituto pero no pudo terminar por miedo a expresarse frente a todos luego consiguió un trabajo pero no duro mucho tiempo enfocándose en los juegos online.

## V. ANTECEDENTES FAMILIARES

### **Composición familiar**

El paciente es el último de cuatro hermanas. En la actualidad vive solo con su madre y padre.

**Madre:** De 55 años, ama de casa dedicada solo al hogar, tiene carácter amable y comprensivo.

**Padre:** De 57 años, policía muy sociable y comprensivo.

### **Dinámica familiar**

Eloy es el último de cuatro hermanas llevando mucha diferencia de edad entre ellas, expreso que no mantuvo una relación cercana con ellas solo cuando era pequeño su tercera hermana le ayudaba a repasar pero luego cada una de ellas formaron una familia saliendo del hogar, mantiene una relación buena con su madre ya que ella lo entiende y él le tiene más confianza, en cuanto a su padre el paciente cree que es una persona muy buena , sociable y amable Eloy piensa que él es culpable de no darle una oportunidad a su padre de acercarse .

### **Condición socioeconómica**

El paciente cuenta con una vivienda propia y los servicios básicos, la condición socioeconómica de la familia es media.

### **Antecedentes familiares patológicos**

No hay antecedentes familiares de enfermedades mentales.

## RESUMEN

Paciente acude a consulta por problemas al comunicarse con las demás personas; este problema le viene afectando desde pequeño siempre tuvo problemas con su forma de actuar ya que era callado, solo tenían unos cuantos amigos desde la infancia los cuales siempre estaban a su lado hasta la secundaria después se refugió en los video juegos y no saliendo de casa; trato de estudiar inglés en un instituto pero le angustiaba mucho el trabajos en equipo , fue un hijo planificado y deseado no presentando ningún problema en la gestación. Desarrollo de enfermedades que son usuales en la niñez expresa que le gustaba estar con sus amigos de la infancia a pesar de que él no era de tanto hablar disfrutaba de la compañía. Comenzó a darse cuenta de la diferenciación del sexo entre los 7 años aproximadamente, por enseñanza de los padres expresa que no ha tenido ninguna enamorada por su problema El paciente ha trabajado desde los 18 años ya que no pudo estudiar por su problema, es de religión católica, ,manifiesta no tener ningún tipo de problema para conciliar el sueño, es el último de cuatro hermanas vive solo con su madre y padre manteniendo una relación buena con su madre en cuanto a su padre el paciente cree que es una persona muy buena , sociable y amable piensa que él es culpable de no darle una oportunidad a su padre de acercarse .No hay antecedentes familiares de enfermedades mentales.

## EXAMEN MENTAL

### I. DATOS DE FILIACIÓN

**Nombres y apellidos:** Eloy  
**Edad:** 23 años  
**Fecha de nacimiento:** 28/12/1995  
**Lugar de nacimiento:** Arequipa  
**Procedencia:** Arequipa  
**Grado de instrucción:** Superior- Incompleta  
**Estado civil:** Soltero  
**Ocupación:** Ninguna  
**Religión:** católica  
**Referente:** El propio paciente  
**Lugar de evaluación:** Centro de salud Tiabaya  
**Evaluador(a):** Greisy Medalid Yucra Choque

### II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

El paciente tiene 22 años de edad y aparesta su edad referida, contextura delgada, estatura alta, tez trigueña, cabello y ojos oscuros, presenta un adecuado arreglo e higiene personal. Su tono de voz es adecuado y perfectamente audible, su postura es encorvada, su expresión facial denota nerviosismo y preocupación se le nota un poco triste. Su expresión no verbal

indica inquietud buscando. Se muestra generalmente tranquilo al referir su problema durante la entrevista. El paciente mantiene una mirada baja o hacia otros lugares, con poco contacto ocular. Demuestra total conciencia de su problema y su actitud fue siempre colaboradora.

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

- **Atención**

Durante la evaluación el paciente mostró un predominio de la atención voluntaria. Se mantuvo atento durante la entrevista respondiendo a las preguntas.

- **Conciencia**

Tiene conciencia de sí mismo y mostrándose lucido, sin presencia de estupor. Su estado de alerta no está afectado y la mantiene durante la evaluación, es capaz de responder las respuestas que le formulan.

- **Orientación**

En cuanto a su orientación el paciente se muestra en lugar espacio tiempo y persona refiriendo todos sus datos personales. Por lo que se concluye que se encuentra en estado satisfactorio.

**IV. LENGUAJE**

Su lenguaje expresivo no está muy desarrollado, su tono de voz es adecuado, en algunos momentos del dialogo se nota retraimiento e inseguridad, muestra lentitud cuando habla y no presenta dificultades en cuanto a la articulación de palabras.

**V. PENSAMIENTO**

Pensamiento adecuado en cuanto al curso y al contenido manteniendo el control. Puede asociar ideas y palabras adecuadamente al expresarse, no presentando indicios de alteración en esta función.

**VI. PERCEPCIÓN**

El paciente no presenta alucinaciones de ningún tipo encontrándose sus procesos perceptivos en buen estado. No presenta distorsiones perceptivas en ninguna de sus modalidades.

**VII. MEMORIA**

El paciente no presenta alteraciones en la memoria a largo plazo es por ello que el paciente puede referir datos autobiográficos importantes ocurridos durante su infancia. Su memoria

corto plazo tampoco presenta alteraciones por lo que puede recordar en un lapso adecuado de tiempo adecuado palabras, objetos y números.

### **VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL**

No presenta dificultades en su funcionamiento intelectual poseyendo un nivel adecuado de comprensión. Por lo que puede desenvolverse normalmente en sus labores cotidianas.

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

El paciente tiene un estado de ánimo bajo cuando recuerda que no puede socializar de manera adecuada con las personas de su entorno sintiéndose preocupado y ansioso pero deseando superar esta situación .

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

El paciente logra interpretar su situación actual como un problema refiere que se siente mal y por eso recurrió a recibir ayuda profesional.

### **RESUMEN**

El paciente aparece su edad referida, contextura delgada, estatura alta, tez trigueña, cabello y ojos oscuros, presenta un adecuado arreglo e higiene personal su postura encorvada, su expresión facial denota nerviosismo y preocupación se lo nota un poco triste mostrándose

generalmente intranquilo durante la entrevista. El paciente mantiene una mirada baja, con poco contacto ocular. Durante la evaluación el paciente mostro un predominio de la atención voluntaria. Respecto a su conciencia el paciente se muestra lucido, sin presencia de estupor. El paciente se muestra en lugar espacio tiempo y persona, su lenguaje expresivo no están muy desarrollados, pensamiento adecuado en cuanto al curso y al contenido, no presenta alucinaciones de ningún tipo, no presenta alteraciones en la memoria a largo plazo tampoco dificultades en su funcionamiento intelectual. Tiene un estado de ánimo bajo cuando recuerda que no puede comunicarse correctamente sintiéndose preocupado y ansioso. Hay conciencia de la enfermedad pues el paciente refiere que se siente mal y por eso recurrió a recibir ayuda profesional.

## **INFORME PSICOMÉTRICO**

## **I. DATOS DE FILIACIÓN**

<b>Nombres y apellidos:</b>	Eloy
<b>Edad:</b>	23 años
<b>Fecha de nacimiento:</b>	28/12/1995
<b>Lugar de nacimiento:</b>	Arequipa
<b>Procedencia:</b>	Arequipa
<b>Grado de instrucción:</b>	Superior- Incompleta
<b>Estado civil:</b>	Soltero
<b>Ocupación:</b>	Ninguna
<b>Religión:</b>	Católica
<b>Referente:</b>	El propio paciente
<b>Lugar de evaluación:</b>	Centro de salud Tia
<b>Evaluador(a):</b>	Greisy Medalid Yu
<b>Fecha de evaluación:</b>	06 / 09 / 2018
	08 /09 / 2018

## II. OBSERVACIONES GENERALES

Paciente aparenta la edad referida ubicado en tiempo espacio y persona, de tez trigueña, contextura delgada altura por encima del promedio, cabello y ojos oscuros. Presenta un

adecuado arreglo personal y demuestra una adecuada limpieza en su vestimenta. Su tono de voz es adecuado, muestra lentitud cuando habla y una postura encorvada, su expresión facial denota nerviosismo y preocupación se lo nota un poco triste. Su expresión no verbal indica intranquilidad buscando aprobación. Se muestra generalmente intranquilo durante la entrevista. El paciente mantiene una mirada baja o hacia otros lugares, con poco contacto ocular. Demuestra total conciencia de su problema.

### **III. PRUEBAS PSICOLOGICAS UTILIZADAS**

Tamizaje de habilidades sociales

Test de la persona bajo la lluvia

Test de la figura humana de Karen Machover

Inventario clínico Multiaxial de Millón

### **IV. ANÁLISIS O INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

**Tamizaje de habilidades sociales**

AREAS	PUNTAJE	CATEGORIA
Asertividad	27	Bajo
Comunicación	23	
Autoestima	29	
Toma de decisiones	21	
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	

En el tamizaje de habilidades sociales el puntaje total es de 100 que cabe en la categoría de bajo mostrando que el evaluado no expresa adecuadamente sus sentimientos en sus actitudes y deseos, opiniones o derechos de un modo efectivo a la situación esto se manifiesta en su actitud de creer que sus opiniones no son tan importantes y que si se equivoca los de más se va a burlar de él.

### **Test de la figura humana de Karen Machover**

Eloy manifiesta tener una actitud pasiva cuando tiene que afrontar situaciones sociales así como expresar sus opiniones en público quedándose callado, introversión y timidez prefiriendo estar solo, sintiendo temor a las críticas y hostilidad al entorno, es una persona profunda que tiende a analizar cada palabra y gestos de las demás sujetos que están en su entorno, manifiesta en algunas oportunidades rebeldía e indisciplina cuando lo critican mostrando una actitud defensiva ,presenta también baja autoestima pensando más en sus defectos.

### **Test de la persona bajo la lluvia**

Eloy manifiesta ser tímido en momento donde debe expresar sus opiniones y cuando tiene que hablar en público lo cual le causa ansiedad y angustia (le sudan las manos, le duele la cabeza empieza a balbucear), tiende a retraerse y manifiesta inseguridad también presenta autodesvalorización no reconociendo ninguna cualidad en su persona manifiesta que no le

gusta nada de él físicamente y que los demás son mejores que él, presenta inseguridad temiendo equivocarse y quedar en ridículo frente a los demás.

### Inventario clínico Multiaxial de Millón

ESCALA DE VALIDEZ			PUNTAJE FINAL		
Validez	0	=	Valido		
Sinceridad	479	=	valido	79	X
Deseabilidad social	15	=		71	Y
Atodescalificación	26	=		78	Z

		PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES			PUNTAJE		
		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	FINAL		
Patrones clínicos de Personalidad											
1 Esquizoide	15	56	58						58	1	
2 Evitativo	50	120	115						115	2	
3 Dependiente	43	101	96						96	3	
4 Histriónico	24	62	57						57	4	
5 Narcisita	34	71	66						66	5	
6A Antisocial	40	87	85						85	6A	
6B Agresivo-sádico	26	67	62						62	6B	
7 Compulsivo	43	84	79						79	7	
8A Pasivo-agresivo	26	63	58						58	8A	
8B Autoderrotista	37	95	90						90	8B	
Patología severa de Personalidad											
S Esquizotípico	35	70		69		72	76		76	S	
C Borderline	34	64		63	63	66	70		70	C	
P Paranoide	33	67		66			68		68	P	
Síndromes clínicos											
A Ansiedad	3	5	2		5	20	20		20	A	
H Somatomorfo	7	43	40		43	56	56		56	H	
N Bipolar	16	45	42						42	N	
D Distimia	17	31	28		31	46	46		46	D	
B Dependencia de alcohol	18	49	46						46	B	
T Dependencia de drogas	22	55	52						52	T	
Síndromes severos											
SS Desorden del pensamiento	15	60		59		59	59		59	SS	
CC Depresión mayor	13	56		55		55	55		55	CC	
PP Desorden delusional	15	60		59		59	59		59	PP	

Los puntajes obtenidos en las escalas de validez y fiabilidad del inventario clínico Multiaxial de Millón II nos permiten aumentar la consistencia y confiabilidad de los resultados.

En la escala de patrones clínicos de la personalidad hay presencia de indicadores elevados en la subescala de evitativo, antisocial y autoderrotista y dependiente podemos decir que el paciente experimenta pocos esfuerzos positivos de sí mismo y de los demás. Sus estrategias adaptivas reflejan la desconfianza en los demás, actuando de una manera que pueda pasar desapercibido situándose en un plano inferior.

En la escala de patología severa de la personalidad se pudo encontrar presencia de un indicador moderado en la subescala de esquizotípico desconfiando de los demás comportándose de manera reservada y teniendo un disgusto por los encuentros sociales.

En las escalas de síndromes clínicos y síndromes severos no presenta ninguna desviación.

Los resultados de Eloy muestran que tiene una cierta tendencia a ser distante viendo en sus estrategias de adaptación desconfianza hacia los demás, tiene una mínima iniciativa de autonomía, actúa de manera modesta e intenta pasar desapercibido, muestra tensión expresando una incapacidad de relajación. Manifiesta sentimientos de desánimo y una carencia de iniciativa, baja autoestima con comentarios autodesvalorativos.

## **RESUMEN**

El evaluado no expresa adecuadamente sus sentimientos, actitudes deseos, opiniones o derechos de un modo efectivo a la situación manifestando tener una actitud pasiva cuando

tiene que afrontar situaciones sociales lo cual le causa ansiedad( le sudan las manos, le duele la cabeza empieza a balbucear) con tendencia a la introversión y timidez prefiriendo estar solo , sintiendo temor a las críticas, es una persona profunda que tiende a analizar cada palabra y gestos de los demás sujetos que están en su entorno , manifiesta en algunas oportunidades rebeldía e indisciplina cuando lo critican mostrando una actitud defensiva , presenta también una autoestima baja pensando más en sus defectos no reconociendo una buena cualidad en su persona manifiesta que no le gusta nada de él, presenta inseguridad temiendo equivocarse y quedar en ridículo frente a los demás. Los resultados de Eloy muestran que tiene una cierta tendencia a ser distante viendo en sus estrategias de adaptación desconfianza hacia los demás, tiene una mínima iniciativa de autonomía, actúa de manera modesta e intenta pasar desapercibido, muestra tensión expresando una incapacidad de relajación. Manifiesta sentimientos de desánimo y una carencia de iniciativa, baja autoestima con comentarios autodesvalorativos.

## **INFORME PSICOLÓGICO**

## I. DATOS GENERALES

<b>Nombres y apellidos:</b>	Eloy
<b>Edad:</b>	23 años
<b>Fecha de nacimiento:</b>	28/12/1995
<b>Lugar de nacimiento:</b>	Arequipa
<b>Procedencia:</b>	Arequipa
<b>Grado de instrucción:</b>	Superior- Incompleta
<b>Estado civil:</b>	Soltero
<b>Ocupación:</b>	Ninguna
<b>Religión:</b>	Católica
<b>Referente:</b>	El propio paciente
<b>Lugar de evaluación:</b>	Centro de salud Tiabaya
<b>Fecha de evaluación:</b>	06 / 09 / 2018
	08 / 09 / 2018
<b>Evaluador(a):</b>	Greisy Medalid Yucra

## **II. MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente acude a consulta refiriendo tener problemas al comunicarse con las demás personas; no sabiendo como iniciar una conversación poniéndose nervioso y temblando su voz temiendo ser la burla de los demás.

### III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista Psicológica
- Pruebas Psicológicas:
  - Tamizaje de habilidades sociales
    - Test de la persona bajo la lluvia
    - Test de la figura humana de Karen Machover
    - Inventario clínico Multiaxial de Millon II

### IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

El paciente presenta el problema desde pequeño siempre tuvo problemas con su forma de actuar ya que era callado, su madre decía que era tímido y que otros niños tomaban la iniciativa en acercársele en cuanto a su desempeño escolar en los primeros años sus notas eran bajas yendo por ello al psicólogo de su institución educativa manifestando que tenía problemas en comprender las lecciones es por ello que una de sus hermanas le ayudaba con sus repasos el paciente refiere que solo tiene unos cuantos amigos desde la infancia los cuales siempre estaban a su lado, hasta la secundaria después de terminar el quinto año dejó de comunicarse con ellos ya que decidieron estudiar cosas distintas, es en ese momento que él se sintió perdido y dejó de reunirse con ellos para jugar fútbol, decidiendo refugiarse en los video juegos y no saliendo de casa con frecuencia ; trató de estudiar inglés en un instituto pero le angustiaba mucho el trabajos en equipo y también equivocarse en

las preguntas orales en clases , y exponer enfrente de todos también no podía hablar con sus compañeros por que se sentía inferior a ellos ya que la mayoría de ellos estudiaban en la universidad.

Eloy fue un hijo planificado y deseado no mostró ningún problema en la gestación, presentó enfermedades que son usuales en la niñez expresa que le gustaba estar con sus amigos de la infancia a pesar de que él no era de tanto hablar disfrutaba de su compañía. Comenzó a darse cuenta de la diferenciación del sexo entre los 7 años aproximadamente, por enseñanza de los padres expresa que no ha tenido ninguna enamorada por su problema. El paciente ha trabajado desde los 18 años ya que no pudo continuar sus estudios, es de religión católica, ,manifiesta no tener ningún tipo de problema para conciliar el sueño, es el último de cuatro hermanas vive solo con su madre y padre manteniendo una relación buena con su madre en cuanto a su padre el paciente considera que “es una persona muy buena , sociable y amable” piensa que él es culpable de no darle una oportunidad a su padre de acercarse .No hay antecedentes familiares de enfermedades mentales.

## **V. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA**

Paciente aparenta la edad referida ubicado en tiempo espacio y persona, de tez trigueña, contextura delgada altura por encima del promedio, cabello y ojos oscuros. Presenta un adecuado arreglo personal y demuestra limpieza en su vestimenta. Su tono de voz es adecuado, muestra lentitud cuando habla y su postura encorvada, su expresión facial denota nerviosismo y preocupación se lo nota un poco triste. Su expresión no verbal indica intranquilidad buscando aprobación. Se muestra generalmente intranquilo durante la

entrevista. El paciente mantiene una mirada baja o hacia otros lugares, con poco contacto ocular. Demuestra total conciencia de su problema.

## **VI. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS**

El paciente se muestra introvertido, no expresando adecuadamente sus sentimientos y deseos, cuando tiene que afrontar situaciones sociales siente ansiedad y angustia (le sudan las manos, le duele la cabeza empieza a balbucear), cree que sus opiniones no son tan importantes y que si se equivoca los demás podrían burlarse de él prefiriendo quedarse callado (cuando realizaba sus estudios superiores), también tiende a analizar cada palabra y gestos de las demás personas que están en su entorno.

Asimismo presenta autodesvalorización no reconociendo ninguna cualidad positiva en su persona manifiesta que no “le gusta nada de él físicamente” y “que los demás son mejores que él”, sus estrategias adaptivas reflejan la desconfianza en los demás, actuando de una manera que pueda pasar desapercibido es por ello que prefiere mantenerse solo.

Le incomoda estar en situaciones sociales como reuniones familiares o fiestas prefiere estar solo pues se siente mejor ya que no siente presión de interactuar con las demás personas de su entorno pues en estas situaciones no sabe que decir.

## VII. DIAGNOSTICO

Eloy es introvertido posee una autoestima baja manifestando que sus opiniones no importan, que otras personas son mejores que él, esto afecta su desenvolvimiento social no le gusta hacer trabajos en grupo ni responder preguntas orales por temor a equivocarse y que se burlen de él y siendo una de sus alternativas para comunicarse los juegos online en los que se siente mejor. Severa fobia social (F 40.1)

## VIII. PRONÓSTICO

El pronóstico es reservado, a pesar de que el paciente muestra la motivación de querer cambiar realizando las sesiones de buena manera, prima en el la personalidad premórbida.

## IX. RECOMENDACIONES

- Se recomienda seguir llevando psicoterapia individual.

Arequipa ,25 de setiembre del 2018

---

Greisy Medalid Yucra Choque

Bachiller de Psicología

## PLAN PSICOTERAPEUTICO

### I. DATOS GENERALES

**Nombres y apellidos:** Eloy  
**Edad:** 23 años  
**Fecha de nacimiento:** 28/12/1995  
**Lugar de nacimiento:** Arequipa  
**Procedencia:** Arequipa  
**Grado de instrucción:** Superior- Incompleta  
**Estado civil:** Soltero  
**Ocupación:** Ninguna  
**Religión:** Católica  
**Referente:** El propio paciente  
**Lugar de evaluación:** Centro de salud Tiabaya  
**Evaluador(a):** Greisy Medalid Yucra Choque

### II. DIAGNOSTICO

Eloy es introvertido posee una autoestima baja manifestando que sus opiniones no importan que otras personas son mejores que el esto afecta su desenvolvimiento social no le gusta hacer trabajos en grupo ni responder preguntas orales por temor a equivocarse y

que se burlen de él y siendo una de sus alternativas para comunicarse los juegos online en los que se siente mejor. Severa fobia social (F 40.1)

### **III. OBJETIVO GENERAL**

Potenciar los recursos personales y conseguir que lleguen a establecer relaciones interpersonales gratificantes.

### **IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Mejorar su percepción acerca de sí mismo

Aprender habilidades para relacionarse con los demás siendo asertivos

Promover la capacidad para resolver los conflictos de la vida diaria

Mejorar la comunicación verbal y no verbal

### **V. DESCRIPCION DEL PLAN TERAPEUTICO**

Se plantearán 4 sesiones donde se pondrán importancia la autoestima y la confianza en sí mismo para así poder desarrollar los siguientes temas:

Sesión 1 autoestima

Sesión 2 comunicación

Sesión 3 confianza y asertividad

Sesión 4 resolución de conflictos

### **VI. TECNICA TERAPEUTICA A UTILIZAR**

## SESION 01: AUTOESTIMA

### (Orientación y consejería en salud mental)

- **Técnica a utilizar:** Reestructuración cognitiva

- **Objetivo de la sesión:**

Mejorar su percepción acerca de sí mismo

- **Describir de lo que se realizará**

Primero se le pedirá su percepción de sí mismo, se cambiará la percepción negativa que tiene primero enumerando sus cualidades y luego sus debilidades, las debilidades son más fáciles de decir y en algunos casos son más que las cualidades y muchos de ellos no son totalmente una debilidad o defecto también se le preguntara lo siguiente:

¿Te comparas con los demás continuamente?

¿Te sientes muy seguro/a en algunos aspectos de tu vida, pero en otros la inseguridad te bloquea?

¿Te exiges siempre más? ¿Necesitas hacerlo todo perfecto para sentirte bien contigo mismo/a?

¿Sientes que nunca es suficiente o que tú no eres suficiente?

¿Te criticas continuamente por tus debilidades o errores?

¿Te avergüenzas de alguna parte de ti que quieres ocultar a los demás?

¿Crees que, si fueras más guapo/a, más inteligente o más simpático/a entonces sí serías feliz?

¿Tienes sueños por los que no te atreves a luchar porque sientes que no vas a ser capaz de alcanzarlos?

Después de cada pregunta se tratará de cambiar su forma de pensar tratando de que el mismo razoné de todos sus pensamientos y opiniones.

- **Tiempo aproximado de la sesión terapéutica**

45 minutos a 60 minutos

- **Materiales a utilizar**

Materiales de escritorio

## **SESION 02: COMUNICACIÓN**

- **Técnica a utilizar:** Respiración Controlada, Técnicas de exposición, Estrategias de afrontamiento.

- **Objetivo de la sesión:**

Aprender habilidades para relacionarse con los demás siendo asertivos

Mejorar la comunicación verbal y no verbal.

- **Describir de lo que se realizará**

Primero se realizará con el paciente se realizará la respiración controlada, controlar la respiración puede ser de gran ayuda para enfocar su mente, conseguir el equilibrio emocional y físico, además para que su cuerpo se mantenga bien oxigenado.

Luego se le sugerirá al cliente en un primer momento la exposición a estímulos o situaciones que generan escasa ansiedad, para ir aumentando la dificultad a medida que se vayan consiguiendo los objetivos de la técnica.

Luego se brindará estrategias de afrontamiento cómo comportarse en esas situaciones y poder actuar eficazmente.

- **Tiempo aproximado de la sesión terapéutica**

45 minutos a 60 minutos

- **Materiales a utilizar**

Material audiovisual

Materiales de escritorio

### **SESION 03: CONFIANZA Y ASERTIVIDAD**

- **Técnica a utilizar:** Respiración Controlada, Técnicas de exposición.

- **Objetivo de la sesión:**

Aprender habilidades para relacionarse con los demás siendo asertivos

Mejorar la comunicación verbal y no verbal.

- **Describir de lo que se realizará**

Primero se realizará con el paciente se realizará la respiración controlada, luego se le se sugerirá al cliente en un primer momento la exposición a estímulos o situaciones que generan escasa ansiedad, para ir aumentando la dificultad a medida que se vayan consiguiendo los objetivos de la técnica.

Luego se le brindara información al paciente como: expresar emociones y sentimientos, responder a las críticas, realizar peticiones, expresar opiniones, la asertividad en los conflictos y se le pedirá que practique apropiadamente.

- **Tiempo aproximado de la sesión terapéutica**

45 minutos a 60 minutos

- **Materiales a utilizar**

Material audiovisual

Materiales de escritorio

## **SESION 04: RESOLUCION DE CONFLICTOS**

- **Técnica a utilizar:** Relajación muscular progresiva, estrategias de afrontamiento, técnicas conductuales

- **Objetivo de la sesión:**

Promover la capacidad para resolver los conflictos de la vida diaria

- **Describir de lo que se realizará**

Se iniciará primero con la relajación muscular progresiva se identificará las zonas musculares tensas debido a los efectos de la ansiedad y su posterior e inmediata relajación a voluntad de la persona que la aplica.

Se le brindar la información de concepto de conflicto, se le presentará una encuesta sobre conflictos personales y relacionados con el ámbito inmediato (familia, escuela, trabajo...) y luego se le dará a conocer la importancia de sentarse y

comunicarse desde los sentimientos, eludiendo los juicios. El saber los sentimientos provocados en la otra persona por mi actuación, me permite tomar conciencia de mis posibles equivocaciones, y acercarme a la otra persona desde un mayor descubrimiento de su realidad humana. Muchísimos conflictos se resuelven así de sencillamente. Lo único que hace falta es una buena dosis de honradez y sinceridad, por lo menos en una de las partes.

- **Tiempo aproximado de la sesión terapéutica**

45 minutos a 60 minutos

- **Materiales a utilizar**

Material audiovisual

Materiales de escritorio

## **VII. TIEMPO DE EJECUCION**

- 4 sesiones (45 a 60 minutos cada sesión)

## **VIII. LOGROS OBTENIDOS**

- El paciente empieza a comunicarse con su padre y su familia con más frecuencia exteriorizando mediante palabras sus sentimientos para que los demás puedan comprenderlo y ayudarlo si tiene algún problema.
- Empieza a valorar sus cualidades y sentir que sus opiniones son importantes.
- Se plantea metas pequeñas metas a futuro como retomar estudios y conseguir trabajo.

## IX. CAMBIO DE ACTITUDES O COMPORTAMIENTOS

- Se empieza a sentir mejor por empezar a comunicarse con su familia
- Empieza a valorar sus cualidades y sentir que sus opiniones son importantes.

Arequipa ,25 de setiembre del 2018

---

Greisy Medalid Yucra Choque

Bachiller de Psicología

## HABILIDADES SOCIALES

Nombre: Floy  
 Colegio: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Edad: 22  
 Dirección: \_\_\_\_\_

	N: Nunca	RV: Rara vez	AV: A veces	AM: A menudo	S: Siempre	2	?	4	5	
						N	RV	AV	AM	S
A	1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas.									X
S	2. Si un amigo(a) habla mal de mi persona le insulto.					X				
E	3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.							X		
R	4. Un(a) amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito.					X				
T	5. Agradezco cuando alguien me ayuda.							X		
I	6. Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años.					X				
V	7. Si un amigo(s) falta a una cita acordada le expreso mi emargura.							X		
I	8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.								X	
D	9. Le digo a mi amigo(a) cuando hace algo que no me agrada					X				
A	10. Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo exigiendo mi derecho a ser respetado.							X		
D	11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.					X				
C	12. No hago caso cuando mis amigos(as) me presionan para consumir alcohol.					X				
O	13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.							X		
M	14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.					X			X	
U	15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.							X		
N	16. No pregunto a las personas si me dejado comprender.					X				
I	17. Me dejo entender con facilidad cuando hablo.							X		
C	18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.					X				
A	19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.							X		
CI	20. Si estoy nervioso(a) trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.								X	
ON	21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.					X				
A	22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.							X		
U	23. No me siento contento con mi aspecto físico.								X	
T	24. Me gusta verme arreglado(a).							X		
O	25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me estoy dando cuenta de que estoy equivocado.					X				
E	26. Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno.							X		
T	27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.					X			X	
I	28. Puedo hablar sobre mis temores.					X				
M	29. Cuando algo me sal mal no sé cómo expresar mi cólera.							X		
A	30. Comparto mi alegría con mis amigos(as).					X				
	31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante.					X				
	32. Puedo guardar los secretos de mis amigos(as).							X		
	33. Rechazo a hacer las tareas de la casa.							X		
T	34. Pienso en varias soluciones frente a un problema.					X				
O	35. Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema.							X		
M	36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.					X				
A	37. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.					X				
D	38. Hago planes para mis vacaciones.					X				
E	39. Realizo cosas positivas que me ayudaran en mi futuro.							X		
E	40. Me cuesta decidir por miedo a ser criticado.								X	
CI	41. Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados(as).					X			X	
SI	42. Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.							X		

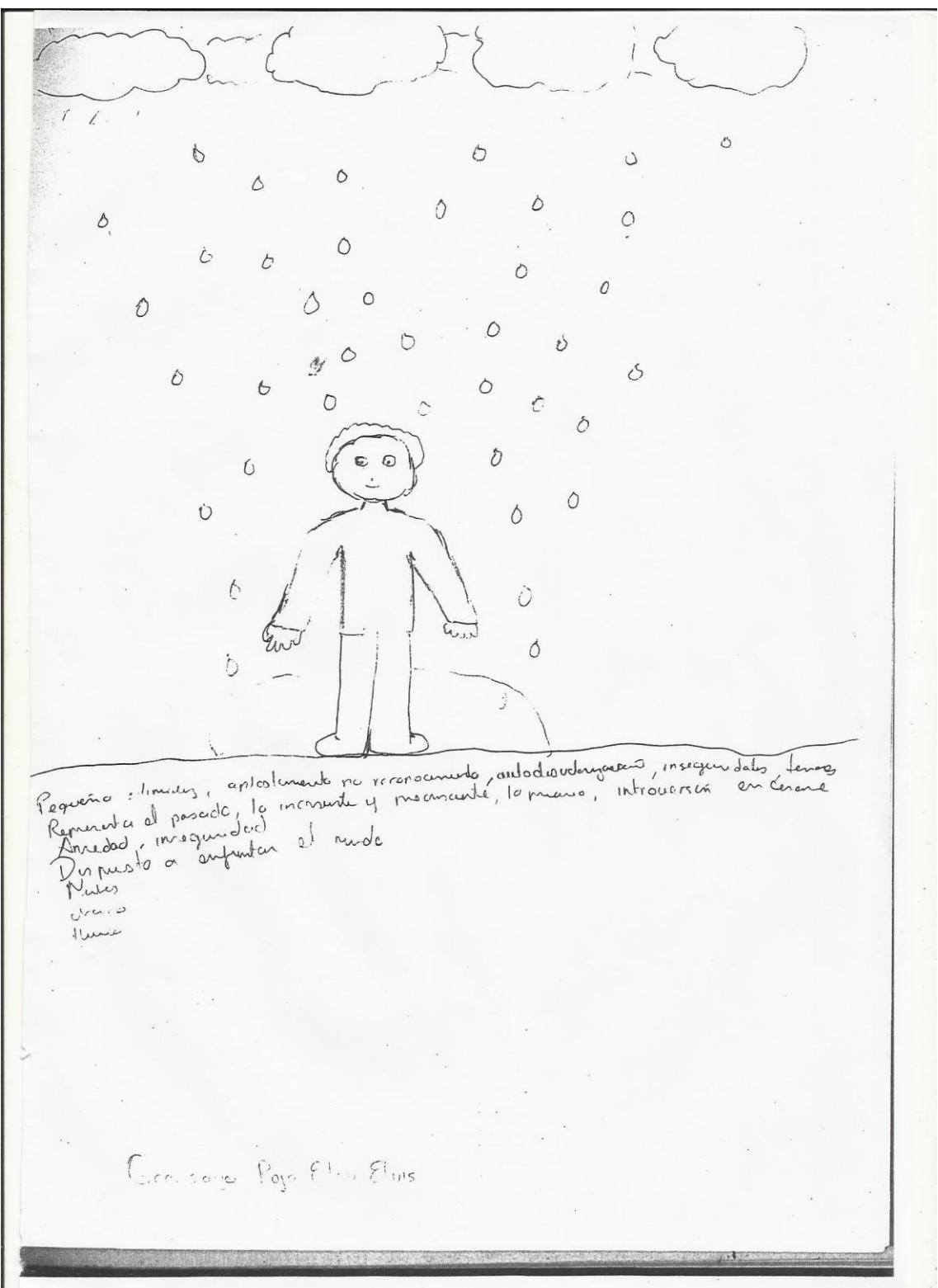
27

23

29

21

Bajo



Pequeno : timido, apesadumbrado, no reconocerlo, autodividenguez, inseguir dabs feraz  
Representa al pescado, lo incerte y mecanante, lo marrano, introuerion en Cerane  
Ansiedad, inquietud, etc  
Dispuesto a enfrentar el mundo  
Piel  
Ojos  
Manos

Eco sona Poco Eleg. Eluis



## HOJA DE RESPUESTAS - MILLON-II

Nombres y Apellidos: Eloy Edad: 22  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: Soltero  
 Fecha de Evaluación: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_ Evaluador: \_\_\_\_\_

**MARQUE CON ASPA LA RESPUESTA (V = VERDADERO; F = FALSO)  
QUE MEJOR LE DESCRIBA A UD. Y A SU MANERA DE SER**

	V	F
1		X
2	X	
3	X	
4	X	X
5	X	X

	V	F
26		X
27	X	
28	X	
29	X	X
30	X	X

	V	F
51		X
52	X	X
53	X	
54	X	X
55	X	X

	V	F
76		X
77		X
78		X
79		X
80		X

	V	F
101		X
102		X
103		X
104		X
105		X

	V	F
126		X
127		X
128		X
129		X
130		X

	V	F
151		X
152		X
153		X
154		X
155		X

	V	F
6	X	
7	X	
8	X	
9	X	
10	X	

	V	F
31		X
32	X	
33	X	
34	X	
35	X	

	V	F
56		X
57	X	
58	X	
59	X	
60	X	

	V	F
81	X	
82	X	
83	X	
84	X	
85	X	

	V	F
106	X	
107	X	
108	X	
109	X	
110	X	

	V	F
131	X	
132	X	
133	X	
134	X	
135	X	

	V	F
156	X	
157	X	
158	X	
159	X	
160	X	

	V	F
11	X	
12	X	
13	X	
14	X	
15	X	

	V	F
36		X
37		X
38		X
39	X	
40	X	

	V	F
61		X
62		X
63	X	X
64	X	
65	X	

	V	F
86		X
87		X
88	X	
89	X	
90	X	

	V	F
111		X
112		X
113	X	
114	X	
115	X	

	V	F
136		X
137		X
138		X
139		X
140		X

	V	F
161	X	
162	X	
163	X	
164	X	
165	X	

	V	F
16	X	
17	X	
18	X	
19	X	
20	X	

	V	F
41		X
42	X	
43	X	
44	X	
45	X	

	V	F
66	X	
67	X	
68	X	
69	X	
70	X	

	V	F
91	X	
92	X	
93	X	
94	X	
95	X	

	V	F
116	X	
117	X	
118	X	
119	X	
120	X	

	V	F
141	X	
142	X	
143	X	
144	X	
145	X	

	V	F
166	X	
167	X	
168	X	
169	X	
170	X	

	V	F
46		X
47	X	
48	X	
49	X	
50	X	

	V	F
71		X
72		X
73		X
74		X
75		X

	V	F



<tbl\_r cells="3