

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



INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ACTITUDES HACIA LA MUERTE
EN ADULTOS MAYORES

Tesis presentada por las Bachilleres:

MIRIAM JUDITH ARAPA MAMANI

YOSELYN ARCE LARICO

Para optar el Título Profesional de Psicólogas.

Asesor: Dr. José Ángel Roldán Humpire

Arequipa-Perú

2019

DEDICATORIA

A mis padres Irma y Lucas por todo su amor, comprensión y por enseñarme que los sueños se logran en base a esfuerzo y dedicación.

Asimismo, a mis hermanos Mariluz y Miguel por su apoyo incondicional a lo largo de este camino.

Miriam

Con todo mi cariño y admiración a mi madre Antonia, por su valentía y fortaleza, quien a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación permitiéndome salir adelante guiándome por un buen camino.

Asimismo, a mis hermanas Liz y Dany

Yoselyn

AGRADECIMIENTOS

Mediante estas líneas queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a todos los que hicieron posible la culminación de esta investigación.

A nuestra alma mater la Universidad Nacional de San Agustín por habernos formado en conocimientos y valores.

Agradecer a todos los docentes de la Escuela profesional de Psicología por habernos formado durante seis años en esta hermosa profesión de servicio a la comunidad.

A nuestro asesor el Dr. José Ángel Roldán Humpire por su paciencia, comprensión, dedicación en la elaboración de la presente investigación. y por motivarnos a ser profesionales de éxito a través de un continuo aprendizaje.

Asimismo, un agradecimiento especial a los adultos mayores que formaron parte de nuestra muestra, por su tiempo y la información brindada, sin ellos esta investigación no hubiera sido posible.

A todo el grupo humano que conforma el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de José Luis Bustamante y Rivero; quienes desde un inicio nos brindaron su apoyo y colaboración en la realización de esta investigación.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA.

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

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR.

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR.

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de tesis titulado: **“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ACTITUDES HACIA LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES”** el mismo que tras su evaluación y dictamen nos permitirá optar el título profesional de Psicólogas.

Arequipa, Mayo de 2019

Bachilleres:

MIRIAM JUDITH ARAPA MAMANI

YOSELYN ARCE LARICO

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la inteligencia emocional y las actitudes hacia la muerte en adultos mayores. El tipo de investigación fue descriptiva correlacional y corresponde a un diseño no experimental y transversal. La muestra quedó conformada por 155 adultos mayores de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre 60 y 90 años pertenecientes a doce asociaciones que conforman el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) de la Municipalidad Distrital de José Luis Bustamante y Rivero, se utilizó un muestreo no probabilístico intencional. Para la recolección de datos, se aplicaron dos instrumentos: Trait Meta Mood Scale TMMS-24 (Salovey y Mayer 1995, adaptado por: Fernández- Berrocal y Ramos 2004) y la Escala de Actitudes Hacia la Muerte (Yesenia Monroy Yari 2000), instrumentos que permitieron evaluar cada una de las variables. Para el procesamiento de información se utilizó el paquete estadístico SPSS 25, haciendo uso de frecuencias, chi-cuadrado y para determinar la relación entre ambas variables se utilizó la prueba estadística Rho de Spearman. Los resultados muestran que los adultos mayores poseen un nivel alto de inteligencia emocional, no encontrando diferencias significativas entre varones y mujeres, sin embargo, se encontró una relación significativa con nivel de instrucción donde a mayor nivel educativo alcanzado hay un mayor nivel de inteligencia emocional. Respecto a las actitudes hacia la muerte se encontró que independientemente del nivel de instrucción y el sexo, la mayoría de adultos mayores tiene una actitud de indiferencia seguido de la aceptación. Finalmente se encontró una correlación positiva débil entre la inteligencia emocional y sus indicadores de claridad y reparación emocional con las actitudes hacia la muerte, dicha relación es directamente proporcional, lo que significa que una alta inteligencia emocional está asociada a una actitud de aceptación hacia la muerte.

Palabras clave: Inteligencia Emocional, Actitudes Hacia la Muerte, Adultos Mayores.

ABSTRACT

The main objective of the present investigation was to determine the relationship between emotional intelligence and attitudes toward death in older adults. The type of research was descriptive correlational and corresponds to a non-experimental and transversal design. The sample consisted of 155 older adults of both sexes, whose ages range between 60 and 90 years belonging to twelve associations that make up the Integral Center of Attention to the Elderly (CIAM) of the District Municipality of José Luis Bustamante y Rivero, was used an intentional non-probabilistic sampling. For data collection, two instruments were applied: Trait Meta Mood Scale TMMS-24 (Salovey and Mayer 1995, adapted by: Fernández-Berrocal and Ramos 2004) and the Scale of Attitudes Towards Death (Yesenia Monroy Yari 2000), instruments that allowed to evaluate each one of the variables. For the processing of information, the SPSS 25 statistical package was used, making use of frequencies, chi-square, and to determine the relationship between both variables, the Rho Spearman statistical test was used. The results show that older adults have a high level of emotional intelligence, not finding significant differences between men and women, however, a significant relationship was found with level of education where the higher level of education reached is a higher level of emotional intelligence. With respect to attitudes toward death, it was found that regardless of the level of education and sex, the majority of older adults have an attitude of indifference followed by acceptance. Finally, a weak positive correlation was found between emotional intelligence and its indicators of clarity and emotional repair with attitudes toward death, this relationship is directly proportional, which means that high emotional intelligence is associated with an attitude of acceptance towards death.

Keywords: Emotional Intelligence, Attitudes towards Death, Older Adults.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
PRESENTACIÓN	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE TABLAS	x
INTRODUCCIÓN	xi

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1.PLANTEAMIENTOS PREVIOS	1
2.OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	6
2.1.Objetivo General	6
2.2.Objetivos Específicos	6
3.HIPÓTESIS	7
4.IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	7
5.LIMITACIONES DEL ESTUDIO	9
6.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	10
6.1.Inteligencia Emocional:	10
6.2.Actitudes Hacia La Muerte:	10
6.3.Adultos Mayores	10
7.VARIABLES	10
8.OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	11

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1.ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	12
1.1.Internacional	12
1.2.Nacional	13

1.3.Local	13
2.ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO	15
2.1.Los Adultos Mayores en el Perú	15
2.2.Concepto de Vejez.....	16
2.3.Envejecimiento	17
2.4.Proceso de Envejecimiento.....	22
2.5.Proceso de Envejecimiento desde la Neurociencia Cognitiva.....	28
2.6.Aspectos Legales Enfocados al Adulto Mayor.....	31
3.INTELIGENCIA EMOCIONAL	33
3.1.Definiciones.....	33
3.2.De la Inteligencia Académica a la Inteligencia Emocional	34
3.3.Teorías Sobre La Inteligencia Emocional	35
3.4.Inteligencia Emocional en el Adulto Mayor.....	44
4.ACTITUDES HACIA LA MUERTE.....	47
4.1.La Muerte	47
4.2.Tres Aspectos de la Muerte	49
4.3.Fases de la Muerte	52
4.4.Actitud	55
4.5.Componentes de la Actitud	56
4.6.Actitud Hacia la Muerte	58
4.7.Miedo Ante la Muerte.....	59

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

1.TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	60
2.SUJETOS	61
2.1.Población	61
2.2.Muestra	61
3.MATERIALES E INSTRUMENTOS	65
3.1.Trait Meta-Mood Scale -TMMS-24	65
3.2.Escala de Actitudes hacia la Muerte.....	67
4.PROCEDIMIENTO	69

CAPÍTULO IV

RESULTADOS	72
------------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN.....	86
CONCLUSIONES.....	92
RECOMENDACIONES	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS	
CASO 1	
CASO 2	

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla N°1 Adultos mayores por asociación.	63
Tabla N°2 Distribución de la muestra por sexo	63
Tabla N°3 Distribución de la muestra por nivel educativo	64
Tabla N°4 Distribución de la muestra por estado civil	64
Tabla N°5 Niveles de inteligencia emocional general de los adultos mayores.	73
Tabla N°6 Indicadores de la inteligencia emocional de los adultos mayores.	74
Tabla N°7 Niveles de inteligencia emocional de los adultos mayores, según sexo	75
Tabla N°8 Indicadores de la inteligencia emocional, según sexo	76
Tabla N°9 Nivel de inteligencia emocional de los adultos mayores, según nivel educativo	79
Tabla N°10 Actitudes hacia la muerte de los adultos mayores.	81
Tabla N°11 Actitudes hacia la muerte de los adultos mayores, según sexo.	82
Tabla N°12 Actitudes hacia la muerte de los adultos mayores, según nivel educativo.	83
Tabla N°13 Correlación entre inteligencia emocional, sus dimensiones y las actitudes hacia la muerte en adultos mayores.	85

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha observado que la población adulta mayor viene aumentando debido a la mayor esperanza de vida, en el Perú actualmente el adulto mayor representa el 10,4% de la población peruana y se estima que para el 2050 habrá 6,5 millones de adultos mayores reportado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018). Por ello nos preguntamos cómo se siente, manifiesta y regula sus emociones y cuán importante es la inteligencia emocional en la formación de las actitudes respecto a la muerte.

Sin embargo, en nuestra sociedad todavía se sigue considerando al adulto mayor como una persona que ya llegó al declive de su vida, que no tiene nada que ofrecer, es vista como sinónimo de insatisfacción, soledad por lo que en la actualidad se encuentran desatendidos en múltiples aspectos, así como el sector salud tanto física como mental, entretenimiento, retiro y jubilación. Por ello es importante prevenir y detectar aquellos problemas psicológicos y físicos que se puedan dar en los adultos mayores, si bien es cierto muchos de los problemas mentales o emocionales son en ocasiones difícil de reconocerlos y tienden a asociarlos a problemas físicos. Para Salovey y Mayer (1990), la inteligencia emocional es la capacidad de controlar, regular los sentimientos de uno mismo y de los demás para utilizarlos como guía del pensamiento y la acción.

Como señala Urrutia y Villarraga (2010), los cambios cognoscitivos y emocionales se dan a lo largo de toda nuestra vida, expresando la diversidad del carácter individual de lo psíquico, y el envejecimiento no escapa de esta condición; he ahí que la inteligencia emocional de los adultos mayores está orquestada por su experiencia.

Por otro lado, la construcción del concepto de muerte en el adulto mayor está mediada por diversos factores, entre ellos está la muerte de personas cercanas, las enfermedades, el

distanciamiento de los hijos, las separaciones, la jubilación, las pérdidas vividas y la elaboración de duelos correspondientes (Viguera, 2005), todo ello influenciado por la cultura.

La presente investigación hará referencia al estudio de las variables inteligencia emocional y actitudes hacia la muerte. Es así como el presente estudio pretende determinar la relación entre ambas variables, con el fin de tener datos actualizados y relevantes, esta investigación se divide en cuatro capítulos.

En el capítulo I, se trabajó el planteamiento del problema y el establecimiento de objetivos tanto específicos como generales del presente estudio.

En el capítulo II, se expuso los antecedentes de estudio, así como las variables, bases teóricas y científicas, que permitan sustentar este estudio.

El capítulo III se detalla la metodología del estudio, descripción de la población y muestra del estudio asimismo se describe los instrumentos utilizados y se finalizará con la descripción de los procesos de ejecución y análisis de datos.

Como capítulo IV se analiza estadísticamente los resultados hallados en la investigación.

Finalmente, en el capítulo V se describe la discusión de los resultados, conclusiones, recomendaciones y propuestas con el fin de tomar medidas preventivas a favor del adulto mayor.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1. PLANTEAMIENTOS PREVIOS

El ser humano desde que nace hasta el último día de su vida experimenta una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social, siendo uno de ellos el envejecimiento el cual es un proceso dinámico, gradual, progresivo e irreversible que alcanza su cúspide cuando llegamos a ser adultos mayores (Uribe, Valderrama y López, 2007). En la población peruana, aumentó la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,4% en el año 2018, se estima que para el año 2050 habrá 6,5 millones de adultos mayores en el Perú, debido al aumento de la esperanza de vida (INEI, 2018). Como nos menciona Fernández (2005), lo importante no es vivir más sino vivir bien, ya que el problema tanto poblacional como individual es que mientras nuestra esperanza de vida se ha duplicado a lo largo del siglo XX se tiene una esperanza de vida con muchos problemas tanto a nivel físico como emocional.

Según el INEI (2018), la mayoría de hogares peruanos tiene entre sus miembros una persona de 60 a más años. Sin embargo, la realidad en la que viven es muy diversa, debido a que es una población vulnerable a distintos tipos de maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material, al abandono, a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto, asimismo puede traer consigo graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad.

Urrutia y Villarraga (2010), afirma que en nuestra sociedad todavía el adulto mayor se enfrenta a muchos conflictos intergeneracionales como la jubilación, muerte del cónyuge, problemas de salud, sentimientos de soledad y desesperanza, asimismo se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo, lo cual genera pérdida de la autonomía, siendo la muerte vista como solución más cercana a todas las dificultades percibidas en esta etapa de la vida; u otros adultos mayores evitan hablar sobre la muerte y más aún sobre su propia muerte puesto que genera en ellos angustia, ansiedad y miedo, siendo percibida como algo negativo que acarrea tristeza y preocupación. Asimismo, Viguera (2005), menciona que muchos miedos están relacionados con la toma de conciencia de tiempo, es ahí donde algunos adultos mayores tienden a autoreprocharse de la manera como han vivido surgiendo en ellos los hubiera, qué hice, ya no es tiempo para tal o cual cosa y se acrecienta más cuando ven a la muerte como un evento próximo.

Es importante que el adulto mayor acepte su propia muerte, por lo cual debe ir cerrando capítulos con amigos, familiares o personas de su entorno con los cuales hubiera tenido un distanciamiento ya sea por problemas de diversa índole, realizar actividades que le generen

satisfacción y eviten que se queden anclado en su pasado, puesto que el aburrimiento y la inactividad hacen que abonen la soledad y el miedo a la muerte.

Como señala Fernández (2005), la edad no se puede cambiar, pero si se puede cambiar comportamientos asociados a ella esto permitiría mejorar la calidad de vida y fomentar una visión positiva de la vejez donde no tiene nada que ver las arrugas que son inmodificables.

Urrutia y Villarraga (2010), menciona que en la actualidad no se cuenta con una cultura de la vejez, lo que genera que el adulto mayor no sea valorado y solo sea considerado como alguien que llega a su fin y no como alguien que tiene el mérito de haber recorrido un largo camino. Hoy es más valorado “el cuerpo joven” que la sabiduría y experiencia de un adulto mayor, como menciona Martin Lutero “la vejez es la muerte en vida”. Todo ello repercute en la esfera emocional del adulto mayor, siendo así de mucha importancia que haga uso adecuado de su inteligencia no solo cognitiva sino emocional, pues a la hora de tomar determinadas decisiones, lo hacemos guiados por nuestras emociones y sentimientos.

Salovey y Mayer (1990), definen a la inteligencia emocional como la capacidad de controlar, regular los sentimientos de uno mismo y de los demás para utilizarlos como guía del pensamiento y la acción. Es por tanto que en los últimos años el desempeño de las personas no es tanto medido solo por su capacidad intelectual, sino que la capacidad emocional juega un importante papel. Conforme pasan los años el adulto mayor ha experimentado diversas situaciones que le permiten tener una adecuada integración o elaboración emocional que le ha enseñado a controlar mejor determinadas situaciones emocionales y los orienta a priorizar algo esencial: las relaciones sociales.

Lawton, Kleban, Rajagopal y Dean. (1992), refieren que la maduración emocional está asociada al envejecimiento, por lo que la historia de vida y de aprendizaje proporciona

mayor capacidad acumulada en el adulto mayor para ejercer un mayor y mejor control, expresión y resignificación emocional.

El ser humano busca tener control de su vida y del mundo que lo rodea y cuando no consigue esto se genera en él, incertidumbre, inestabilidad y pérdida de las certezas lo cual fomenta nuevos temores entre los cuales se destaca el miedo a envejecer y a la muerte. Uno de los sentimientos que se reconoce asociado al envejecimiento es el temor a la propia muerte. Como afirma Delumeaud (citado en Pochintesta, 2010), la inseguridad es símbolo de la muerte mientras que la seguridad simboliza la vida. El miedo en la vejez está también relacionado con la fragilidad, el sentirse vulnerable y perder la propia autonomía tan valorada en la sociedad contemporánea asimismo el cambio de estatus social o la falta de reconocimiento pueden también derivar en una muerte social.

Gala, Lupiani, Raja, Guillen, Gonzáles, Villaverde, y Sánchez (2002), definen a la actitud como la orientación que el hombre concreto mantiene hacia la muerte y muy particularmente a medida que ese hombre concreto va teniendo más años, ha sido en gran parte introyectados según sus propios y particulares mecanismos psicológicos a partir de las existentes de la sociedad.

Para Olvera y Sabino (2007), la muerte supone una ruptura en el nivel ontológico, en el pasaje de lo real a lo irreal, que a partir de la mediana edad es cuando se produce un balance entre el tiempo vivido y el tiempo que resta; a lo largo del tiempo los miedos fueron cambiando por el miedo a la muerte, al envejecimiento, al desempleo y a la enfermedad en tanto representan amenazas a la integridad individual.

Se reconoce una dificultad en asimilar la idea de la propia muerte en todas las edades, puesto que existe miedo ante lo desconocido (Freud, 1918). Las circunstancias sociales, económicas

e históricas afectarán la actitud frente a la muerte en el anciano, así como también sus experiencias personales.

Gutiérrez y Torres (2016), realizaron un estudio correlacional en Arequipa con el objetivo de conocer la relación entre calidad de vida y las actitudes hacia la muerte en los adultos mayores pertenecientes a la Micro-Red 15 de Agosto, Paucarpata, la muestra estuvo conformada por 125 adultos mayores de ambos sexos, cuyas edades oscilaban entre 60 a 90 años; se encontró que no hay relación significativa entre calidad de vida y actitudes hacia la muerte, sin embargo, la calidad de vida es mejor en los adultos mayores de 60 a 79 años, que tienen mejor educación, son varones y se hallan con pareja; asimismo las mujeres, adultos mayores de 80 años, los que son analfabetos y los solteros o viudos son los que tienen una mayor aceptación hacia la muerte.

Asimismo, Paredes y Vidaurre (2016), realizaron un estudio correlacional en Lambayeque con el objetivo de determinar la relación entre inteligencia emocional y calidad de vida en adultos mayores de una Asociación de Jubilados del Distrito de Tumbay, la muestra estuvo conformada por 120 adultos mayores de ambos sexos, cuyas edades oscilaban entre 60 y 90 años; se encontró que existe relación positiva débil entre la inteligencia emocional y la calidad de vida, sin embargo, existe relación entre atención emocional y las dimensiones de amigos, educación, medios, religión y salud; relación entre claridad emocional y las dimensiones de medios de comunicación y salud; relación entre reparación emocional y las dimensiones de hogar y familia y medios de comunicación, religión y salud. El nivel predominante tanto de inteligencia emocional y calidad de vida fueron de medio seguido de alto, no se encontraron niveles bajos en ambas variables.

Por eso esta investigación busca conocer si existe relación entre la inteligencia emocional y actitudes hacia la muerte de los adultos mayores del distrito José Luis Bustamante y Rivero;

para que a partir de los hallazgos se pueda plantear alternativas de solución que busquen valorar, respetar y brindar una atención integral y especializada tanto al adulto mayor como a sus familias y se fomente en la sociedad una cultura de vejez. En la actualidad, hay pocos estudios y material bibliográfico sobre la población adulta mayor, sin embargo, ante la importancia cada vez mayor del envejecimiento poblacional nos vemos en la necesidad de hacer un alto y prestar atención a los adultos mayores para poder cambiar la visión negativa que se tiene de ellos y del proceso de envejecimiento.

Por tal motivo es fundamental establecer y describir los niveles de inteligencia emocional y actitudes hacia la muerte de los adultos mayores del Distrito de José Luis Bustamante y Rivero y así determinar si existe relación entre ambas variables. Además de comparar los niveles de inteligencia emocional y actitudes hacia la muerte según sexo y nivel educativo. Por eso con el presente estudio trataremos de dar respuesta a la interrogante de la investigación **¿Existe relación entre inteligencia emocional y actitudes hacia la muerte en los adultos mayores del distrito de José Luis Bustamante y Rivero?**

2. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

2.1.Objetivo General

Determinar la relación entre inteligencia emocional y las actitudes hacia la muerte en los adultos mayores del distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

2.2.Objetivos Específicos

- a) Identificar los niveles de inteligencia emocional en los adultos mayores del distrito de José Luis Bustamante y Rivero, según sexo y nivel educativo.
- b) Identificar las actitudes hacia la muerte en los adultos mayores del distrito de José Luis Bustamante y Rivero, según sexo y nivel educativo.

c) Establecer la relación entre la inteligencia emocional y las actitudes hacia la muerte en los adultos mayores del distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

3. HIPÓTESIS

Hi: Existe una relación significativa positiva entre la inteligencia emocional y las actitudes hacia la muerte de los adultos mayores del distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

Ho: No existe relación significativa positiva entre la inteligencia emocional y las actitudes hacia la muerte de los adultos mayores del distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

En la actualidad la situación del adulto mayor es preocupante debido a que en nuestra sociedad actualmente todavía no se dispone de una cultura de la vejez, muchas veces es percibida con prejuicios negativos de pasividad, enfermedad, deterioro, o ruptura social así como la pérdida de autonomía y la soledad, se van convirtiendo en amenazas que despiertan temores en los adultos mayores, presentándose la muerte como evento próximo, siendo presa de un miedo al pensar en lo poco que le queda de vida, haciéndose esta idea más evidente cuando hace un balance entre el tiempo vivido y el tiempo que queda por vivir, y no en lo que podría hacer día a día para mejorar su calidad de vida (Pochintesta, 2010). Como nos menciona Fernández (2005), lo importante no es vivir más sino vivir bien, ya que el problema tanto poblacional como individual es que mientras nuestra esperanza de vida se ha duplicado a lo largo del siglo XX se tiene una esperanza de vida con muchos problemas tanto a nivel físico como emocional.

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), refiere que en el año 2004 había dos millones 97 mil 209 adultos mayores; once años después, se ha incrementado a tres millones once mil cincuenta personas mayores de 60 años, lo que representa un

incremento de 39%. Hoy las personas adultas mayores representan casi el 10% de la población peruana, asimismo es importante considerar que según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) del año 2016, el departamento de Arequipa tiene la segunda tasa más baja de fecundidad 2,2 por mujer, y la esperanza de vida va en aumento, es por ello que demanda nuevos retos en las políticas públicas para diseñar estrategias para mejorar la atención al adulto mayor. Por ello el Estado peruano en marzo del 2006 promulga la ley N°28803 para dar un marco normativo que garantice los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes de las Personas Adultas Mayores para mejorar su calidad de vida y que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural de la sociedad, contribuyendo al respeto de su dignidad.

En el artículo 10 de la ley ya mencionada indica la creación de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM) son espacios creados por los gobiernos locales, en el marco de sus competencias, para la participación e integración social, económica y cultural de la persona adulta mayor, a través de la prestación de servicios, en coordinación o articulación con instituciones públicas o privadas; programas y proyectos que se brindan en su jurisdicción a favor de la promoción y protección de sus derechos. Por ello el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de José Luis Bustamante y Rivero busca desarrollar lazos de mutuo conocimiento y amistad entre los participantes, identificar problemas individuales, familiares o locales en general, realizar actividades y prácticas de carácter recreativo e integrativo, participar en talleres de autoestima, mantenimiento de funciones mentales superiores, tanto a nivel cognitivo como afectivo.

Nuestra investigación tiene una implicancia aplicativa, ya que a partir de los resultados se pueden implementar nuevas estrategias de intervención multidisciplinaria, realizar

programas, talleres preventivos, promocionales que involucren a las familias de los adultos mayores para fortalecer su autoestima, empatía, relaciones sociales y manejo de las emociones, de esa manera los adultos mayores estarán en mejores condiciones de poder establecer relaciones afectivas saludables.

A nivel teórico nuestros resultados acrecentarán el conocimiento que se tiene en la teoría sirviendo como antecedente para el desarrollo de futuras investigaciones, además ayudará en la acción profesional para abordar este tipo de casos, clínicos, social y en diversos campos del desempeño psicológico.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Existe poca bibliografía a nivel local y nacional sobre la variable inteligencia emocional en adultos mayores.
- Existe escasa bibliografía que relacione las dos variables del presente estudio: “inteligencia emocional y actitudes hacia la muerte”.
- A nivel nacional y local existen escasos instrumentos adaptados a nuestra realidad y tipo de muestra, evidenciándose al momento de encontrar un instrumento que evalué la inteligencia emocional de adultos mayores.
- No se pudo evaluar a todos los integrantes de las asociaciones debido a que algunos de ellos solo hablan y comprenden el idioma quechua, otros tienen problemas de auditivos y visuales, asimismo algunos no dieron su consentimiento para la aplicación de los instrumentos por actividades programadas en sus asociaciones.
- No se pudo trabajar con una muestra equitativa tanto de varones como mujeres dado a la baja concurrencia de varones al CIAM.

6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

6.1.Inteligencia Emocional:

La capacidad de controlar, regular los sentimientos de uno mismo y de los demás para utilizarlos como guía del pensamiento y la acción (Salovey y Mayer, 1990).

6.2.Actitudes Hacia La Muerte:

Es la orientación que el hombre concreto mantiene hacia la muerte y muy particularmente a medida que ese hombre concreto va teniendo más años, ha sido en gran parte introyectados según sus propios y particulares mecanismos psicológicos a partir de las existentes de la sociedad (Gala y col., 2002).

6.3.Adultos Mayores

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual a 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados, estas diferencias cronológicas obedecen a las características socio-demográficas que tienen unos y otros países.

7. VARIABLES

Variable Principal

Inteligencia Emocional

Variable Secundaria

Actitudes hacia la muerte

Variables Intervinientes

Sexo

Nivel Educativo

8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES		DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN
Variable principal	Inteligencia emocional	La capacidad de controlar, regular los sentimientos de uno mismo y de los demás para utilizarlos como guía del pensamiento y la acción (Salovey y Mayer, 1990).	Atención emocional	Intervalar o numérica.
			Claridad emocional	
			Reparación emocional	
Variable secundaria	Actitudes hacia la muerte	Es la orientación que el hombre concreto mantiene hacia la muerte y muy particularmente a medida que ese hombre concreto va teniendo más años, ha sido en gran parte introyectados según sus propios y particulares mecanismos psicológicos a partir de las existentes de la sociedad (Gala y col., 2002).	Aceptación	Intervalar o numérica.
			Indiferencia	
			Rechazo	

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Con la finalidad de obtener información relacionada con las variables de estudio se revisaron investigaciones al respecto encontrando lo siguiente:

1.1.Internacional

A nivel internacional hay pocos estudios que se hallan realizado con nuestras variables y el tipo de muestra del presente estudio, es por ello que en relación a la inteligencia emocional solo se cuenta con el estudio realizado en Chile por Lopéz, Chesta y Véliz (2013), quienes tuvieron como objetivo identificar el nivel de inteligencia emocional en una población de 90 adultos mayores de 8 sectores de la ciudad de Temuco, se halló que los adultos mayores poseen un adecuado nivel de inteligencia emocional, independiente de la puntuación obtenida en el Minimental (MMSE), edad, sexo, nivel educativo, sin embargo en la

dimensión comprensión emocional los hombres presentan una media más alta y estadísticamente significativa respecto a las mujeres. La confiabilidad del instrumento resulta adecuada en sus tres dimensiones: Percepción emocional (,79), Comprensión de sentimientos (,83) y Regulación emocional (,89).

1.2.Nacional

Encontramos que no hay investigaciones respecto a nuestra variable actitudes hacia la muerte, en cuanto a nuestra variable inteligencia emocional Paredes y Vidaurre en el 2016 realizaron un estudio en la ciudad de Lambayeque, con el objetivo de determinar la relación entre inteligencia emocional y calidad de vida en adultos mayores, la muestra estuvo constituida por 120 adultos mayores entre los 60 y 90 años. Los resultados indican que existe relación positiva débil entre ambas variables, a un nivel de significancia ($p < 0,01$); a su vez que existe relación entre atención emocional y las dimensiones de amigos, educación, medios, religión y salud ($p < 0.01$); relación entre claridad emocional y las dimensiones de medios de comunicación y salud ($p < 0.01$); relación entre reparación emocional y las dimensiones de hogar y familia ($p < 0.05$) y medios de comunicación, religión y salud ($p < 0.01$). El nivel predominante de inteligencia emocional fue el nivel medio (59.2%), seguido del nivel alto (40.8%), no se encontró inteligencia emocional baja. El nivel predominante de calidad de vida es el nivel medio (49.2%), seguido del nivel alto (31.7%).

1.3.Local

Revisando la literatura referida a nuestras variables de estudio encontramos que no existe estudios a nivel local, que hayan tomado en cuenta ambas variables de inteligencia emocional y actitudes hacia la muerte. A continuación, se mencionan dos investigaciones

sobre el tema de las actitudes hacia la muerte y una investigación sobre inteligencia emocional realizadas en la ciudad de Arequipa.

Monroy y Solis (2000), desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la dirección de la actitud hacia la muerte ya sea de aceptación, indiferencia y rechazo en los senectos pertenecientes a los asilos del Arzobispado y la Beneficencia de Arequipa, la muestra estuvo conformada por 65 personas de ambos sexos, con edades que oscilan entre 60 a 90 años, los resultados indican que la mayoría de senectos institucionalizados en los asilos presenta actitud de indiferencia hacia la muerte; no se encontró diferencias entre hombres y mujeres respecto a la actitud de aceptación hacia la muerte sin embargo en la actitud de rechazo los varones presentan porcentajes más elevados por lo cual el sexo si influye en las actitudes de rechazo hacia la muerte, asimismo el nivel de instrucción si influye en las actitudes de rechazo hacia la muerte. En los senectos solteros y viudos tanto hombres como mujeres presentan actitudes de aceptación y las madres solteras presentan una actitud de rechazo hacia la muerte.

Gutiérrez y Torres (2016), realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer la relación entre la calidad de vida y las actitudes hacia la muerte en los adultos mayores pertenecientes a la Micro-red 15 de agosto, Paucarpata; la muestra estuvo conformada por 125 adultos mayores de ambos sexos, con edades que oscilan entre los 60 a 90 años, de un nivel socioeconómico bajo y medio, los resultados indican que la calidad de vida se encuentra en un nivel medio y es mejor en los adultos mayores de 60 a 79 años, que tienen una mejor educación, son varones y se hallan con pareja. Respecto hacia las actitudes hacia la muerte, la mayoría de los adultos mayores se muestra indiferente, mientras que las mujeres, adultos mayores de 80 años, los que son analfabetos, solteros o viudos son los que tienen una mayor aceptación hacia la muerte. Finalmente, no se encontraron relación entre la calidad de vida y sus

actitudes hacia la muerte, es así como los evaluados independientemente de su nivel de calidad de vida presentan una actitud de indiferencia ante la muerte en su mayoría.

El estudio realizado por Ballón y Montesinos (2012), tuvo como objetivo comparar el nivel de inteligencia emocional en dos grupos de adultos mayores, la muestra fue conformada por 92 participantes de 65 a 90 años, de ambos sexos, de nivel socio-económico alto, medio y bajo, que pertenecían a los Centros del Adulto Mayor de Essalud (CAM) y Asilos públicos de Arequipa. Los resultados indican que el coeficiente de inteligencia emocional promedio en los varones fue de 77 y en las mujeres de 75, siendo en ambos casos muy bajo. Los varones y mujeres procedentes de los asilos públicos obtienen un nivel muy bajo de inteligencia emocional: las mujeres obtuvieron un CIE promedio de 76 y los hombres de 70. Asimismo, los hombres y las mujeres de los CAM también muestran un nivel muy bajo: los hombres obtuvieron un CIE promedio de 78 y las mujeres de 75. Por lo tanto, se concluye que no existen diferencias según el sexo y la institución de procedencia.

2. ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO

2.1.Los Adultos Mayores en el Perú

La población peruana ha aumentado en los últimos años y más aún la población adulta mayor se estima que el año 2050 habrá 6,5 millones de adultos mayores en el Perú, debido al aumento de la esperanza de vida. Actualmente el envejecimiento poblacional tiene rostro de mujer, esto se debería a que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, existiendo una brecha de casi cinco años de diferencia (INEI, 2018).

Una persona es considerada adulta mayor a partir de los 60 años en adelante para los países en desarrollo mientras que para los países desarrollados es a partir de los 65 años. Es importante conocer la realidad de los adultos mayores en nuestro país, donde se estima que

la gran mayoría solo alcanzó a estudiar primaria (40,7%), mientras que el 17,4% no sabe leer ni escribir siendo esta situación más elevada en las mujeres. El 30,7 % de la población adulta mayor tiene como lengua materna el quechua y muchos de ellos no cuentan con un sistema de pensión (INEI, 2018).

2.2. Concepto de Vejez

Para referirnos a la tercera edad se han usado muchos términos como adultez mayor o tardía, vejez, adulto mayor, senectud, pero lo cierto es que muy pocos estudios abarcan a la población adulta mayor.

Etimológicamente la palabra vejez proviene de la voz latina vetus que se deriva de la raíz griega etos que significa años y el término envejecimiento tiene su raíz aetas que en latín significa la condición de llegar a viejo; podemos decir que para la gran mayoría de nosotros reconoce a la vejez por el tiempo transcurrido, por los años acumulados este pensamiento no ha cambiado conforme pasan los años; por otro lado el valor que se le otorga al adulto mayor es ambiguo mientras que para la cultura Oriental es visto el adulto mayor como un ser de sabiduría ocurre lo contrario en la cultura Occidental donde se da más valor al cuerpo joven. Como refiere Muñoz y Motte (2002), el concepto de envejecimiento relacionado a la vejez está inmerso en una amplia gama de prejuicios y falsas creencias difundidas en la sociedad lo cual ha generado actitudes y comportamientos de rechazo, así como discriminación a los adultos mayores.

Para la presente investigación se han tomado como referencia definiciones sobre vejez y envejecimiento.

Medawar (citado en Ramos y cols., 2009), afirma que la vejez es el cambio fisiológico que sufre el individuo, cuyo término inevitablemente es la muerte.

Quintanilla (2000), define al envejecimiento como un proceso normal de cambios, relacionados con el paso del tiempo, que se inicia al nacer, continua a lo largo de la vida, siendo la ancianidad la fase final de la vida.

Para Motte y Muñoz (2006), el envejecimiento es el conjunto de procesos que sigue un organismo después de su fase de desarrollo. Estos procesos dinámicos implican un cambio, es decir, transformaciones biológicas, psicológicas y/o sociales del organismo en función del tiempo.

Uribe, Valderrama y López (2007), definen al envejecimiento como un proceso dinámico, gradual, progresivo e irreversible.

La Organización Mundial de la Salud (2013), afirma que el envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un individuo o en distintos individuos no son iguales.

2.3. Envejecimiento

El proceso de envejecimiento es un fenómeno que nos afecta a todos sin excepción, el cual experimentamos a lo largo de nuestras vidas. El ser humano desde sus orígenes ha tratado de explicar el por qué envejecemos y morimos, solo puede encontrarse una explicación desde un enfoque multifactorial de ahí que las teorías de carácter psicosocial estén tomando un papel relevante en la actualidad.

Las principales teorías sobre el envejecimiento son las siguientes:

2.3.1 Teorías biológicas del envejecimiento

Nuestra intención no es desarrollar de manera amplia las diferentes teorías sino dar a conocer las principales orientaciones como es el caso de las teorías biológicas que se dividen en teorías basadas en factores externos y las basadas en factores internos, como menciona Moragas (citado en Gonzales de Gago, 2010), los de factores externos están referida a causas externas que identifican factores del medio ambiente y que influyen en nuestra capacidad de sobrevivir a cualquier agresión externa sea voluntaria o involuntaria. Las teorías de los factores internos señalan como causas de envejecimiento un deterioro del organismo.

- **Las teorías externas**

Asocian al envejecimiento a los factores medio ambientales que limitan la capacidad del organismo para sobrevivir ante las agresiones externas ya sean voluntarios o involuntarios, determinan la lesión de las células, lo que provoca el deterioro de los órganos y funciones lo cual es característico de las personas envejecidas.

- **Las teorías internas**

Gutierrez y Torres (2016), mencionan que las teorías internas justifican los procesos de envejecimiento en el deterioro de los sistemas inmunológicos y endocrinos, puesto que estos sistemas son los principales controles de la actividad corporal, la reducción progresiva de su actividad que se produce con el transcurso de los años alteraría las funciones metabólicas, inmunológicas, reproductoras y adaptación, las cuales son necesarias para la conservación y continuidad del individuo.

Según estas teorías el envejecimiento es la consecuencia de la interrupción y el deterioro de los procesos que regulan el equilibrio con el medio ambiente también llamada

“homeostasis” los cuales se manifiestan mediante la ralentización o falta de equilibrio de las neuronas y hormonas reguladoras, con la alteración de las funciones que controladas por estas.

2.3.2. Teorías sociológicas del envejecimiento

Desde la perspectiva psicosocial busca explicar el envejecimiento en la interacción entre los factores ambientales y la personalidad del adulto mayor, que generan cambios sobre su estilo de vida. Encontrando como su principal dificultad el poder definir, delimitar y comprender las características que afectan el ciclo vital de los adultos mayores dentro de una sociedad cambiante.

Dentro de las teorías principales podemos mencionar:

• Teoría de la actividad

Esta es la teoría más antigua que mencionaremos, propone que la vejez es consecuencia de la pérdida de roles sociales, lo más importante para los adultos mayores es estar socialmente involucrado, independientemente del tipo de roles sociales que se desempeñan, de ahí la importancia de atribuir nuevos papeles a las personas mayores y estos sean valorados por la sociedad.

Como menciona Fry (1992), es importante que las personas mayores se mantengan activas, y saber las actividades que ellos realizan, debido que, si son de tipo informal (amigos y familiares) les genera un mayor grado de satisfacción; pero si son actividades muy formales y a la vez muy estructuradas les generan efectos nocivos y carentes de afecto.

• Teoría de la desvinculación o del retraimiento:

Esta teoría afirma que el envejecimiento normal va acompañado de un distanciamiento o “desvinculación” recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema

social al que pertenecen. Este proceso puede ser por decisión propia del interesado o por los otros miembros de este sistema, donde el individuo poco a poco deja de relacionarse en la vida social y esta a su vez le ofrece cada vez menos oportunidades (Gonzales de Gago, 2010).

Desde este punto de vista el funcionalismo estructural responde a dos necesidades tanto del anciano y la sociedad, donde para el anciano se supone una liberación de la presión social mientras para la sociedad le garantiza una transición ordenada de las personas más jóvenes a los puestos de poder y evita tener repercusiones en el sistema ante la desaparición natural del individuo.

- **Teoría de la continuidad**

Describe que no hay una ruptura radical ni transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, sino se dan cambios menores que dificultan la adaptación a la vejez, siempre manteniendo una continuidad y estabilidad entre estas dos etapas. La teoría se basa en dos postulados básicos, primero en que el paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado, donde tanto la personalidad y el sistema de valores permanecen intactos; segundo al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante el sufrimiento y dificultades de la vida.

2.3.3. Teorías psicológicas del envejecimiento

El ser humano es un ser social y está íntimamente relacionado con el aspecto psicológico, donde uno depende del otro, se procederá a desarrollar las teorías propuestas por Erikson y Jung.

- **Teoría de Erikson**

Erikson elaboro una teoría de las etapas psicosociales del desarrollo de la personalidad, que consta de ocho etapas del ciclo vital en cada una de ellas se presenta una polaridad emocional o conflicto, sin embargo, no es nuestra intención explayarnos en desarrollar todas las etapas sino enfocarnos en la que tiene lugar la vejez denominada **Integridad del Yo vs Desesperación - Sabiduría**; implica la etapa final de la vida donde se espera que el individuo reflexione sobre su vida pudiendo optar por dos orientaciones; por un lado puede “**aceptarla**” con satisfacción aunque no todos los propósitos se hayan cumplido donde la muerte no es temida sino aceptada como una entre muchas facetas de la propia existencia que permite darle a su vida un cierre apropiado y desarrollar la “**sabiduría**” entendida como la capacidad para mirar hacia atrás y reflexionar sobre la propia vida frente a la muerte inminente.

Sin embargo, si ocurriera todo lo contrario la “**negación**” el individuo experimentaría desesperación y fracaso, debido a que perciben que desperdiciaron oportunidades en su vida y que debió haber vivido de manera diferente; no aceptando el final, no sintiéndose preparado para morir (Erikson, 2000).

- **Teoría de Jung**

Para Jung las personas mayores a pesar de la edad tienden a seguir desarrollándose, pero difícilmente logran alcanzar una personalidad integrada. Propuso que dentro de cada persona existía una orientación hacia el mundo exterior lo que denomino Extroversión y otra hacia el interior, el mundo subjetivo, que llamo Introversión. los adultos mayores tendrían fuertes tendencias a hacia su mundo interior (Gutiérrez y Torres, 2016).

2.4. Proceso de Envejecimiento

A lo largo de la vida las personas van experimentando diversos cambios biopsicosocioculturales, los cuales no se dan de la misma manera en todos los individuos, ya que dependen de factores tanto internos como externos. Estos cambios son inevitables en la vida de toda persona y más aún durante el proceso de envejecimiento (Hernández, Iniestra y Martínez, 2015).

2.4.1. Cambios Biológicos

Las personas no envejecen de manera homogénea, podemos ver que hay personas a los 80 a 90 años que se encuentran en un estado saludable, sin mayores enfermedades crónicas, y con una capacidad funcional adecuada, a esto se le denomina envejecimiento exitoso, sin embargo, hay otro grupo de adultos mayores portadores de múltiples enfermedades crónicas muchas veces con gran discapacidad eso es lo que se denomina envejecimiento patológico, y el tercer grupo lo constituyen aquellas personas que tienen alguna que otra enfermedad crónica con menor o mayor grado de discapacidad que sería el envejecimiento normal, en el cual están la mayoría de las personas que envejecen (Espinosa, 2010).

Dentro de los cambios que se pueden generar con el transcurrir de los años podemos encontrar que disminuyen las capacidades sensoriales como:

- Vista: Degeneración de la retina.
- Oído: Presbiacusia (disminución de la capacidad para escuchar los tonos agudos).
- Olfato: Disminución del sentido del olfato por atrofia de la mucosa nasal.
- Gusto: Disminuye la capacidad de la lengua para distinguir sabores y temperaturas.
- Boca: Pérdida de dientes, la saliva es escasa.

- Piel y tejidos conjuntivos: Atrofia de la glándula sudoríparas, el pelo y las uñas disminuyen su crecimiento, el pelo tiende a caerse, disminuye la grasa subcutánea, hay tendencias a la descalcificación.
- Sistema nervioso: desde la tercera década de la vida mueren diariamente por millares las neuronas de un ser humano. Es natural que la muerte de tantas células corticales provoque disminución de los reflejos y torpeza general de los movimientos.
- Sistema músculo-esquelético: se encorva la columna. El deterioro de las funciones musculares es tanto mayor cuanto menor haya sido la actividad física en las etapas anteriores.
- Sistema cardiovascular: la primera causa de muerte en los ancianos está constituida por las enfermedades cardiovasculares.
- Sistema respiratorio: Baja la elasticidad de los músculos y, por consiguiente, la capacidad respiratoria.
- Colon: Aumenta la incidencia de divertículos, que son pequeñas hernias en su pared, disminuye su tono muscular y se vuelve lento, lo que favorece el estreñimiento.
- Sistema genitourinario: Disminuye el tono muscular de la vejiga y suele haber incontinencia urinaria e intestinal.

2.4.2. Cambios Psicológicos

La vejez no tiene que ser el punto más bajo del ciclo de vida puesto que el envejecimiento satisfactorio es posible, la sociedad tiene el deber de descubrir los componentes y reorganizar nuestros pensamientos y estructuras sociales. Como ya se desarrolló anteriormente las teorías del envejecimiento psicológico, ahora nos enfocaremos en uno de los procesos psicológicos que es importante para nuestra investigación.

- **Funcionamiento intelectual**

Puede ser entendida como la capacidad de adaptación al medio o como el conjunto de competencias que permiten resolver problemas. Por supuesto, la inteligencia es también un producto interactivo entre factores biológicos y ambientales; en los últimos años la sabiduría es uno de los constructos más investigados y se atribuye que hay una mayor probabilidad de que se desarrolle en la vejez.

Existen funciones intelectuales que declinan en función de la edad y, también, existen otras que se mantienen a lo largo de la vida e, incluso, existen ciertas formas de juicio y comprensión que se incrementan en la vejez (Fernández, 2004).

Por último, si bien es cierto que el anciano ya no cuenta con la misma eficiencia que tuvo en su juventud, en relación a algunas habilidades cognitivas; en la actualidad es poseedor de un conocimiento pragmático, que conocemos como sabiduría, que ha sido acumulada como producto de su experiencia a lo largo de la vida. De esta manera, el adulto mayor posee un gran desarrollo de la comprensión por medio de la experiencia y la capacidad para aplicarlos a sus asuntos importantes (Philips, 1997).

2.4.3. Cambios Sociales

Según Urrutia y Villarraga (2010), afirman que en la sociedad actual no se dispone de una cultura de vejez, lo que hace que en muchos contextos el adulto mayor no sea bien valorado. En este punto de su vida el adulto mayor se enfrenta a una serie de cambios sociales que pasaremos a desarrollar:

- **Cambio Social**

Las personas mayores de hoy en día se están dando cuenta de que sus compañeros de edad están cambiando. Tienen aspecto más juvenil, se sienten mejor y actúan con más vitalidad

que sus padres y abuelos de la misma edad. Desde 1900, las formas de convivencia de las personas mayores han cambiado de tal forma que nada tienen que ver con las anteriores, es más probable que sean propietarios de sus casas, vivan por encima del nivel de pobreza y tengan menos hijos adultos (Hoffman, Paris y Hall, 1996).

● **Estrés**

Un alto nivel de estrés o el que está por encima de la capacidad de la persona para afrontar los acontecimientos, puede lastimar la autoestima, deteriorarse física y mentalmente. La forma de cómo se reciba el estrés varía según el género, raza, estado civil, nivel socioeconómico y educación. Las personas mayores no están exentas de situaciones negativas: mala salud, bajos ingresos, muerte de un cónyuge, además del envejecimiento del sistema inmunológico, les hace más vulnerables a los efectos del estrés y, por lo tanto, más propensos a responder desarrollando una enfermedad (Hoffman, Paris y Hall, 1996).

● **Jubilación**

La transición del trabajo a la jubilación es un cambio muy importante, el adulto mayor puede sentir estrés, supone la pérdida de ingresos, la identidad profesional, el estatus social, los compañeros y la estructura cotidiana del tiempo y las actividades. La jubilación temprana (antes de 65 años) se puede deber a la mala salud, por no querer trabajar más o por la fuerza (despido). la jubilación en su momento (65 años), generalmente implica mala salud. La jubilación tardía (más de 65 años) la tienen aquellos que tienen sus propios negocios o quienes no pueden vivir con recursos limitados.

La jubilación es un periodo de progreso a través de fases de prejubilación, luna de miel, desencanto, desorientación, estabilidad y finalización. Una clave para superar los efectos

de la jubilación en la satisfacción de la vida es si la experiencia aporta algún elemento nuevo a la vida (Hoffman, Paris y Hall, 1996).

• **Matrimonio en la tercera edad**

La esposa se ve invadida al tener a su pareja en su espacio, ya que este se encuentra de repente sin su trabajo y apartado de sus amigos y/o compañeros de trabajo y al no tener otra actividad el marido se queda todo el día en casa. Las que no trabajan fuera de sus hogares, han de adaptarse a que sus maridos están en casa todo el día. En el caso de la mujer que trabaja fuera de la casa, la idea de la jubilación implica pérdida de independencia, más si inician en la edad media su profesión. Sin embargo, algunas parejas pueden adaptarse al cambio de roles sin problemas cuando llega la etapa de jubilación del esposo. En general, independiente del sexo, la jubilación conlleva nuevas exigencias como preocupaciones sobre el dinero, desacuerdos sobre trasladarse a una casa o departamento más pequeño o problemas de salud. Los principales conflictos sobre divisiones de responsabilidad y poder, sexo, dinero, hijos y cuñados ya han sido solventados. La mayoría de las parejas, que no pudieron resolver estos problemas se divorcian antes (Hoffman, Paris y Hall, 1996).

• **Divorcio**

Cuando las parejas que han estado casadas durante 40 años se divorcian, es más probable que den más muestras de estrés psicológico que los jóvenes que se encuentran en situación similar. La pérdida de los papeles conyugales, al igual que el de los profesionales, puede quebrantar su sentido de identidad. El número de personas mayores que se divorcian va en aumento. Los hombres cuando se divorcian, debido a que han estado enfrascados en su trabajo y coincide la ruptura con la jubilación y para casarse con otra mujer. La mujer, en

cambio, lo hace porque su marido es alcohólico, tirano o mujeriego. No obstante, suele ser más grave para la mujer, debido a que ella ha socializado su rol de esposa y basado su identidad en ese rol, sintiendo que toda su vida había sido un fracaso. Los hombres mayores se casan con más facilidad que las mujeres, puesto que hay 3.6 mujeres divorciadas, viudas o solteras por cada hombre en ese grupo de edad.

- **Viudez**

Aunque la mayor parte de los hombres estén casados, el matrimonio de la tercera edad tiene poca importancia para la mayoría de las mujeres de esa edad. Debido a que el ciclo de vida de los hombres es más corto y que suelen ser mayores que sus esposas, los maridos desaparecen con tanta rapidez que la situación de viudez parece ser “normal” entre las mujeres mayores. Cuando se vuelven a casar, el nuevo cónyuge suele ser alguien que ya conocían antes de enviudar o alguien que han conocido a través de una amistad mutua o un pariente. Cuando uno de los cónyuges fallece, el que queda atraviesa un largo periodo de shock, protesta, desesperación y recuperación. El proceso de recuperación implica desarrollar una explicación satisfactoria de la razón por la que ha muerto el otro, neutralizar los recuerdos y asociaciones, y crear una nueva imagen de uno mismo. Las mujeres parecen adaptarse a la vida en solitario mucho mejor que los hombres. En comparación con las mujeres, los hombres tienen peor salud, mayor aislamiento emocional, unos vínculos más débiles con la familia y no es tan probable que tengan una persona de confianza. Durante el primer año de condolencia, el cónyuge puede estar deprimido, angustiado y hasta tener reacciones fóbicas, pese aún después de la recuperación continúa (Hoffman, Paris y Hall, 1996).

- **Vida familiar en la tercera edad**

Las elecciones de las formas de convivencia de las personas mayores reflejan un equilibrio entre las metas de autonomía y de seguridad, por lo que no es sorprendente que la mayoría de las personas mayores vivan en casa, ya sea por su cuenta, con parientes o con otras personas que no sean familia. Los mayores-jóvenes (68-84 años), viven solos o con el cónyuge. La tendencia es “envejecer en el lugar”, permanecer en la casa donde educaron a sus hijos que la mayoría poseen. La casa está llena de recuerdos, al conocerla bien les otorga un sentido de competencia y el ser propietarios confiere estatus a la persona mayor. Son menos propensos a traslados o emigraciones, pero cuando lo hacen es por diversión, son bastante sanos y suelen tener suficientes ingresos, pero a medida que se acercan a edades mayores, la emigración es para estar cerca de los hijos u otros parientes. Los mayores-ancianos (mayores de 85 años) se ven obligados a depender de alguien, por lo que su traslado suele denominarse emigración de ayuda. Generalmente, se van a vivir con lo hijos, a una residencia o a una institución que ofrecen cuidados personales, pero no médicos ni sanitarios a nivel profesional.

2.5. Proceso de Envejecimiento desde la Neurociencia Cognitiva

Como menciona Chahín y Libia (2011), el proceso de envejecimiento a nivel cerebral se presentan transformaciones debido a la edad, los aspectos más significativos es el relacionado al volumen y peso del cerebro, que decrece en la medida que aumenta el tiempo de vida del individuo debido a la disminución progresiva de las conexiones interneuronales. A través de las técnicas de neuroimagen, las zonas cerebrales más implicadas en las que se han podido detectar las variaciones de estas estructuras cerebrales son en primer término la corteza

prefrontal, con influencias menos significativas en otras regiones tales como el lóbulo temporal y la sustancia blanca.

- **Lóbulo frontal**

En la actualidad tiene una gran aceptación la hipótesis del lóbulo frontal, propone que existe un cambio diferencial en las estructuras cerebrales asociados con la edad. Señala que, debido a la disminución en el tejido neuronal en la corteza prefrontal, las funciones cognitivas son alteradas. Se ha encontrado que la Corteza Prefrontal decrece en volumen alrededor del cinco por ciento por década, proceso que se inicia a partir de los veinte años de vida. Lo que es debido al encogimiento de las células, menor densidad sináptica y a la pérdida de sustancia blanca.

- **Sustancia blanca**

Aquí también se dan variaciones en la densidad y el volumen debidas al envejecimiento, en especial en la Corteza Prefrontal y la parte anterior del cuerpo calloso. Es posible también que estas transformaciones de la Corteza Prefrontal afecten la interacción con otras estructuras como el estriatum y el hipocampo. Estas alteraciones neuronales se reflejan a nivel de desempeño cognitivo en los procesos de velocidad, habilidad en el razonamiento y en las funciones de ejecución, no obstante, al parecer no afectan los indicadores de inteligencia.

- **Neurotrasmisores**

En el proceso del envejecimiento simultáneamente con los cambios físicos cerebrales también se generan una serie de transformaciones a nivel neuroquímico que afectan el funcionamiento cerebral y las funciones cognitivas.

La evidencia sugiere que existe un cambio negativo en el número de este neurotransmisor (dopamina), en especial lo referente a su concentración, transporte y disponibilidad, así como en la densidad de los receptores D2 que disminuye progresivamente a partir de la cuarta década, lo que incide en una baja tasa de metabolización de glucosa en la corteza prefrontal, así como en un incremento de la metabolización en el cortex cingulado anterior, en el núcleo caudado y en la corteza temporal. Estos cambios a nivel neuroquímico afectan los procesos cognitivos involucrados en la memoria de trabajo, atención selectiva y control inhibitorio entre otros.

Por consiguiente, el cerebro a medida que envejece va perdiendo capacidades, sin embargo, los últimos hallazgos indican que a medida que éste ocurre se generan mecanismos de compensación y reorganización que permiten cubrir las deficiencias que se están produciendo. Este descubrimiento relacionado con la reorganización funcional y de compensación del cerebro, visto a partir de las distintas técnicas de neuroimagen muestra que estos factores protectores van apareciendo a medida que avanza el proceso de envejecimiento. Sin embargo, la sobreactivación de los circuitos cerebrales tiene inconvenientes, ya que consume una mayor cantidad de energía, lo que lleva a que estos sean utilizados más rápidamente, asimismo, parece existir un límite en el que esta sobreactivación deja de ser un mecanismo compensatorio y empieza a ser indicador de deterioro cognitivo y cerebral.

Estas sobreactivaciones parecen ser el resultado de una serie de mecanismos que intentan compensar las deficiencias en el funcionamiento cerebral, específicamente en la corteza prefrontal. Es muy interesante observar como el cerebro viejo hace acopio de otros sistemas o zonas con el fin de poder cumplir tareas para las cuales sus capacidades actuales estas limitadas.

2.6. Aspectos Legales Enfocados al Adulto Mayor

Los derechos humanos son inherentes a la calidad de ser humano, en otras palabras, toda persona ha de tener la posibilidad de gozarlos, sin ninguna distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, edad u otra condición.

En las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas se ha promovido que cada país defina por sí mismo una política orientada a las personas mayores, basada en propiedades, objetivos y planes nacionales, así como programas dirigidos a la acción que resuelva los problemas y necesidades de los propios adultos mayores y los efectos del envejecimiento en las sociedades.

Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad.

2.6.1. Independencia

Incluye el derecho a la alimentación, el agua, la vivienda, el vestuario y la atención sanitaria adecuada. Derechos básicos a los que se añaden la oportunidad de un trabajo remunerado, el acceso a la educación y capacitación, el derecho a vivir en un entorno seguro y adaptable a sus necesidades y residir en su propio domicilio.

2.6.2. Participación

Comprende el derecho a la participación de las personas mayores en la aplicación de las políticas que incidan directamente en su bienestar, a compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes y a la posibilidad de formar movimientos o asociaciones.

2.6.3. Cuidados

Consigna el derecho de las personas mayores a beneficiarse de los cuidados de la familia, tener acceso a servicios sanitarios y disfrutar de los derechos humanos y libertades

fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados y tratamiento.

2.6.4. Autorrealización

Establece el derecho de las personas mayores de aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial a través del acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

2.6.5. Dignidad

Considera el derecho de las personas mayores a vivir con dignidad y seguridad, verse libres de explotación y malos tratos físicos o mentales, ser tratados con dignidad independientemente de su edad, sexo, raza, procedencia étnica, discapacidad, situación económica o cualquier otra condición y ser valorados debidamente con prescindencia de su contribución económica.

En el Perú se promulgó la Ley 28803 a favor de los adultos mayores donde en el Artículo 8 indica que El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES) promueve a través de la Dirección de Personas Adultas Mayores la creación de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM) en las municipalidades provinciales y distritales. Los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM), reunirán a todas aquellas personas adultas mayores que voluntariamente decidan inscribirse y participar en sus programas, siendo su finalidad esencial.

- Promover en la ciudadanía un trato diligente, respetuoso y solidario con las personas adultas mayores.
- Desarrollar lazos de mutuo conocimiento y amistad entre los participantes.
- Identificar problemas individuales familiares o locales en general.

- Combatir y prevenir los problemas de salud más comunes en este grupo de edad.
- Realizar actividades y prácticas de carácter recreativo e integrativo.
- Participar en talleres de autoestima, mantenimiento de funciones mentales superiores y prevención de enfermedades crónicas.
- Otorgar especial importancia a la labor de alfabetización.
- Implementar talleres de manufactura y desarrollo de habilidades laborables puntuales.
- Participar en eventos sociales e informativos sobre análisis de la problemática local y alternativas de solución.
- Proponer soluciones a la problemática que afecta al adulto mayor.
- Otros que señale el Reglamento de la presente Ley.

Los CIAM podrán suscribir todo tipo de convenios con organizaciones e instituciones sean públicas o privadas, prioritariamente de carácter educativo, que puedan proporcionar en forma desinteresada y voluntaria atención profesional o humana a los beneficiarios de sus programas.

3. INTELIGENCIA EMOCIONAL

3.1. Definiciones

Antes de mencionar las definiciones respecto a una de nuestras variables de estudio como es la inteligencia emocional debemos comenzar por decir que es un tema de mucha controversia, por mucho tiempo, el término de inteligencia se utilizaba para denotar únicamente la habilidad cognitiva para aprender y razonar, pero hoy en día la inteligencia emocional va cobrando más fuerza. y es tema de estudio por muchos profesionales de diferentes ámbitos.

Etimológicamente, la palabra emoción proviene del latín *motere* y significa estar en movimiento o moverse; es decir, la emoción es el catalizador que impulsa a la acción, podemos decir que nuestra parte afectiva es el motor para hacer realidad nuestros pensamientos transformándolos en acciones donde el pensar, sentir y actuar quedan integrados.

Para la investigación se han tomado como referente las siguientes definiciones:

Salovey y Mayer (1990), definen a la inteligencia emocional como la capacidad de controlar, regular los sentimientos de uno mismo y de los demás para utilizarlos como guía del pensamiento y la acción.

American Psychological Association APA (2010, p.273), define a la inteligencia emocional como “la capacidad de procesar la información emocional y utilizarla en el razonamiento y en otras habilidades cognitivas”.

Por otro lado, Goleman (1998), menciona que es la capacidad de reconocer los propios sentimientos, sentimientos de los demás, la motivación y el manejo adecuado de las relaciones que se sostienen con los demás y con nosotros mismos.

Goleman dentro de su teoría considera cinco aptitudes emocionales, clasificadas en dos grupos: primero está la aptitud personal las que determina el dominio de uno mismo comprendidas en: Autoconocimiento, Autorregulación y Motivación, en segundo lugar, tenemos a la Aptitud Social que determina el manejo de las relaciones comprendidas en: Empatía y Habilidades sociales.

3.2.De la Inteligencia Académica a la Inteligencia Emocional

Vallés y Vallés (2000), menciona que el tener un elevado C.I. (cociente intelectual) no es una condición suficiente que garantice el éxito en la vida, es necesario algo más que una

buena inteligencia abstracta para poder solucionar los problemas personales derivados de la emocionalidad de la persona y de los problemas de relación con las personas próximas.

Hoy sabemos que la inteligencia es mucho más que la determinada función de la mente humana medida en términos de C.I., el ser humano, a la hora de actuar de alguna manera y tomar decisiones determinadas, no lo hace tanto guiado por su inteligencia cognitiva, sino sobre todo a impulsos de sus emociones y sentimientos que deben ser guiados, orientados, controlados y expresados por una sana inteligencia emocional (Urrutia y Villarraga, 2010). Por ello las teorías de la inteligencia emocional han tratado de reformular los términos a través de los cuales se describe a la persona inteligente y el comportamiento que lo caracteriza, enfocando la atención hacia aquellas cualidades que permiten alcanzar el éxito en la vida.

3.3. Teorías Sobre La Inteligencia Emocional

3.3.1. Inteligencia Emocional de Salovey y Mayer

Salovey y Mayer (1990), definen a la inteligencia emocional como la capacidad de controlar, regular los sentimientos de uno mismo y de los demás para utilizarlos como guía del pensamiento y la acción. Es decir, la capacidad del individuo para acceder a sus emociones y crear una sintonización e integración entre sus experiencias, en otras palabras, es la aptitud o habilidad para razonar con las emociones.

- **El modelo está compuesto de cuatro etapas de capacidades emocionales**

La percepción y la identificación son las capacidades más básicas. En términos de desarrollo, la construcción emocional empieza con la percepción de la demanda emocional de los infantes. A medida que el individuo madura, esta habilidad se refina y aumenta el rango de las emociones que pueden ser percibidas. Posteriormente, las emociones son asimiladas en el pensamiento e incluso pueden ser comparadas con otras sensaciones o

representaciones En el nivel consciente, el sistema límbico sirve como un mecanismo de alerta frente a los estímulos. Si el aviso emotivo permanece en el nivel inconsciente, significa que el pensamiento (la segunda fase de habilidades) no está siendo capaz de usar las emociones para resolver los problemas. Sin embargo, una vez que la emoción está conscientemente evaluada, puede guiar la acción y la toma de decisiones.

En la tercera etapa, las reglas y la experiencia gobiernan el razonamiento acerca de las emociones. Las influencias culturales y ambientales desempeñan un papel significativo en este nivel. Finalmente, las emociones son manejadas y reguladas en la cuarta etapa, en términos de apertura y regulación de los sentimientos y emociones con el fin de producir un crecimiento personal y en los demás. generando instrumentos de medición que hoy sirven como base para muchos estudios sobre la IE.

3.3.1. Inteligencia emocional de Mestre y Berrocal

Ambos autores presentan un modelo compuesto por un conjunto de cuatro habilidades: percibir y expresar emociones con precisión, utilizar las emociones para facilitar la actividad cognitiva, comprender las emociones, y regular las emociones para el crecimiento personal y emocional que a continuación son detalladas

- **Percepción de emociones**

Es la habilidad para captar e identificar las emociones propias y ajenas. En el caso de las emociones propias, la percepción se relaciona con una mayor consciencia emocional, en lo que se refiere a las emociones ajenas, la percepción incluye la sensibilidad afectiva, es decir la habilidad para recibir afecto y la sensibilidad no verbal, también, se refiere a la percepción de emociones en objetos, arte, historias, música y otros estímulos.

- **Utilización de las emociones**

Consiste en el uso de las emociones para tareas como la resolución de problemas, la toma de decisiones, la comunicación, la focalización de la atención y el pensamiento creativo, por lo tanto, se trata del uso de las emociones para el pensamiento.

- **Comprensión de emociones**

Implica el conocimiento de las emociones, su combinación o progresión, y las transiciones entre unas emociones a otras. Nos permite comprender la información emocional, cómo las emociones se combinan y progresan a través del tiempo y saber apreciar los significados emocionales. En esta habilidad podemos encontrar diferencias en los sujetos entre los que son más hábiles en la comprensión de emociones y poseen un vocabulario emocional rico y los que no. Los primeros son más sensibles a cómo se organiza el lenguaje para expresar emociones e identifican mejor el significado de las experiencias emocionales propias y ajenas. Dicha habilidad se ha relacionado con la activación de sistemas de neuronas espejo, las cuales se activan cuando un individuo realiza una acción, así como cuando observa una acción en otro individuo; este sistema sería fundamental para la empatía emocional y la comprensión del significado de las acciones ajenas.

- **Regulación de emociones**

Es la habilidad para modificar los estados emocionales y la evaluación que hacemos de las estrategias para modificarlos. Se trata de una habilidad para estar abierto a los sentimientos, modular los propios y los de los demás, así como promover la comprensión y el crecimiento personal. Para manejar las propias emociones es preciso ser capaz de observar, distinguir y etiquetar las emociones con precisión, creer que se pueden

modificar, poner en marcha las estrategias más eficaces para modificar las emociones negativas y, finalmente, evaluar todo el proceso.

3.3.2. Inteligencia emocional de Goleman

Según Goleman (2012), esta teoría incorpora toda la afirmación del sustrato neurobiológico de la vida emocional del ser humano y al mismo tiempo, nos tranquiliza diciendo que a pesar de que todas y cada una de nuestras respuestas emocionales están regidas por un sistema nervioso con unas características anatómicas precisas y determinantes, no existen razones para que el ser humano transite por la vida siendo presa indefensa de su emocionalidad, sino que es posible modificar de manera significativa las cualidades e intensidad de nuestras respuestas, modulando y modelando las mismas a través de la aplicación de técnicas o estrategias desarrolladas con miras a fortalecer ésta dimensión del hombre.

La inteligencia emocional tiene dos grandes áreas y en cada una existen elementos que intervienen en la inteligencia emocional.

- **Inteligencia intrapersonal**

Capacidad de formar un modelo realista y preciso de uno mismo, teniendo acceso a los propios sentimientos, y usarlos como guías en la conducta.

Autoconocimiento. El conocimiento de las propias emociones significa conocerse, conocer la propia existencia, ser consciente de uno mismo, y ante todo el propio sentimiento de la vida es la capacidad de reconocer un sentimiento en el mismo momento en que ocurre.

Autocontrol. Capacidad para controlar las emociones. Es la habilidad básica que nos permite controlar nuestros sentimientos y adecuarlos al momento. La capacidad de

tranquilizarse a uno mismo, de desembarazarse de la ansiedad, de la tristeza, de la irritabilidad y las consecuencias que acarrea su ausencia.

Automotivación. Capacidad para motivarse a uno mismo. Significa ser aplicado, tenaz, saber permanecer en la tarea, no desanimarse cuando algo no salga bien, no dejarse desalentar, ser capaz de ordenar las emociones al servicio de un objetivo esencial.

- **Inteligencia interpersonal.**

Capacidad de comprender a los demás; qué los motiva, cómo operan, cómo relacionarse adecuadamente. Capacidad de reconocer y reaccionar ante el humor, el temperamento y las emociones de los otros.

Empatía: El reconocimiento de las emociones ajenas, es la habilidad que le permite a los individuos concebir las carencias, emociones o dificultades de los demás, colocándose en su lugar para corresponder adecuadamente a sus reacciones emocionales, es decir, es la habilidad de conocer y entender lo que siente otra persona.

Socialización: El control de las relaciones, es la capacidad de conocer los sentimientos de otro y actuar de una manera, que se pueda dar nueva forma a esos sentimientos, ser capaz de manejar las emociones del otro es la esencia de mantener relaciones.

3.3.3. Inteligencia Emocional de Bar-On

Modelo de Bar-On está compuesto de cinco factores como: habilidades intrapersonales, habilidades interpersonales, adaptabilidad, manejo de estrés y estado anímico general, los cuales a su vez se subdividen en 15 componentes (Ugarriza, 2001).

- **Componente Intrapersonal (CIA)**

Comprensión emocional de sí mismo (CM): La habilidad para percatarse y comprender nuestros sentimientos y emociones, diferenciarlos y conocer el porqué de éstos.

Asertividad (AS): La habilidad para expresar sentimientos, creencias y pensamientos sin dañar los sentimientos de los demás y defender nuestros derechos de una manera no destructiva.

Autoconcepto (AC): La habilidad para comprender, aceptar y respetarse a sí mismo, aceptando nuestros aspectos positivos y negativos, así como también nuestras limitaciones y posibilidades.

Autorrealización (AR): La habilidad para realizar lo que realmente podemos, querernos y disfrutamos de hacerlo.

Independencia (IN): Es la habilidad para autodirigirse, sentirse seguro de sí mismo en nuestros pensamientos, acciones y ser independientes emocionalmente para tomar nuestras decisiones.

- **Componente interpersonal (CIE)**

Empatía (EM): La habilidad de percibirse, comprender y apreciar los sentimientos de los demás.

Relaciones Interpersonales (RI): La habilidad para establecer y mantener relaciones mutuas satisfactorias que son caracterizadas por una cercanía emocional e intimidad.

Responsabilidad Social (RS): La habilidad para demostrarse a sí mismo como una persona que coopera, contribuye y es un miembro constructivo del grupo social.

- **Componente de Adaptabilidad (CAD)**

Solución de problemas (SP): La habilidad de identificar y definir los problemas como también para generar e implementar soluciones efectivas.

Prueba de la Realidad (PR): La habilidad para evaluar la correspondencia entre lo que experimentamos (lo subjetivo) y lo que en realidad existe (lo objetivo).

Flexibilidad (FL): La habilidad para realizar un ajuste adecuado de nuestras emociones, pensamientos, comportamiento frente situaciones y condiciones cambiantes.

- **Componente del manejo del estrés (CME)**

Tolerancia al Estrés (TE): La habilidad para soportar eventos adversos, situaciones estresantes y fuertes emociones sin “desmoronarse”, enfrentando activa y positivamente el estrés.

Control de Impulsos (CI): La habilidad para resistir o postergar un impulso o tentaciones para actuar y controlar nuestras emociones.

- **Componente del Estado de Ánimo en General (CAG):**

Felicidad (FE): La habilidad para sentirse satisfecho con nuestra vida, para disfrutar de sí mismo, de otros, para divertirse y expresar sentimientos positivos.

Optimismo (OP): La habilidad para ver el aspecto más brillante de la vida y mantener una actitud positiva, a pesar de la adversidad y sentimientos negativos.

3.3.4. Inteligencia emocional de Repetto

Repetto (2009) en su modelo de inteligencia emocional, las define como competencias socioemocionales, las mismas que aplica dentro del marco de intervención, en total tiene siete componentes este modelo.

- **Autoconciencia.**

La clave de la competencia de la autoconciencia reside en la "toma de conciencia" de las propias emociones. Ahora bien, conocer las propias emociones no nos convierte automáticamente en personas "inteligentes desde el punto de vista emocional" de hecho, ocurre con frecuencia que las personas con cierto "desajuste emocional" se caracterizan por estar siempre "enredadas" en sus emociones, aunque tienen una baja claridad

emocional y el convencimiento de que no pueden cambiar sus estados emocionales. Sin embargo, tomar conciencia de cuáles son las emociones propias es la llave que permite desarrollar el resto de competencias socio emocionales, clave para cualquier proceso de desenvolvimiento personal.

- **Regulación emocional.**

Consiste en la habilidad para moderar o manejar las propias reacciones emocionales ante situaciones intensas, ya sean positivas o negativas; aunque habitualmente la regulación emocional se ha considerado como la capacidad para evitar respuestas incontroladas en situaciones por ejemplo de ira. La autorregulación también se refiere a la potenciación de las emociones positivas, además, contempla la capacidad para tolerar la frustración y posponer la gratificación, inmediata en pos de objetivos a largo plazo.

- **Empatía.**

En general, se pueden señalar dos grandes tendencias que tratan de explicar y conceptualizar el constructo empatía. Una de ellas pone de manifiesto la capacidad de la persona para poder adoptar el rol del otro. Conociendo y prediciendo sus sentimientos, pensamientos y acciones; mientras que la otra se centra en las respuestas emocionales vicarias en la capacidad de percibir los estados emocionales de los demás.

- **Motivación.**

Hace referencia al conjunto de procesos que conducen al inicio, dirección y mantenimiento de una conducta. Cabe definirla como el conjunto de capacidades necesarias para generar, gestionar los motivos y afectos que conducen al inicio, dirección y mantenimiento de una conducta. Se trata de un proceso que incluye diversas tendencias, unas de alejamiento y

otras de aproximación que puede regularse tanto por uno mismo como por los demás. La motivación se puede aprender, desarrollar y adquirir.

- **Asertividad.**

Constituye un área de la conducta sumamente relevante en los contextos interpersonales, de acuerdo con el modelo cognitivo-conductual, la asertividad se concibe como la conducta susceptible de ser aprendida y modificada, que presenta tres dimensiones: cognitiva, emocional y motor (verbal y no-verbal) y, como tal, cabe evaluarla y tratarla. El autor lo define como el comportamiento que expresa directamente los propios sentimientos, la defensa de los derechos personales y el respeto por los derechos de los demás.

- **El trabajo en equipo.**

Es el antídoto frente al aislamiento social, la despersonalización o el individualismo. Un equipo es un conjunto de personas que se necesitan mutuamente para actuar, todos los equipos son grupos, pero no todos los grupos son verdaderos equipos. El grupo ejerce una poderosa influencia sobre el individuo y contribuye al crecimiento y desarrollo de su propia identidad. Pero la noción de equipo implica el aprovechamiento del talento colectivo, producido por cada persona en su interacción con los demás. El desarrollo del trabajo en equipo es un proceso en espiral, cuya eficacia depende de en qué medida el grupo contribuye también al desarrollo personal de sus miembros.

- **La resolución de conflictos.**

Se refiere al paso de un estado emotivo doloroso, producido por deseos o intereses opuestos y contradictorios, hacia un estado de bienestar y tranquilidad por parte de todos los implicados previamente en la situación conflictiva. Ya desde su propia etimología, el

término conflicto hace referencia a una situación que causa aflicción o pesar porque algo se rompe, originando ruido, estruendo, alarma o sobresalto. El conflicto se caracteriza por constituir una situación de choque, confrontación, ruptura, alarma o amenaza entre aquellas personas a las que afecta. Supone armonizar todo un conjunto de variables que van a condicionar, incluso a determinar, el tipo de solución con el que se pueda resolver airoosamente una situación de conflicto. En síntesis, implica la conjunción de aspectos cognitivos, actitudinales, emocionales y estratégicos para lograr el manejo exitoso de situaciones conflictivas.

3.4. Inteligencia Emocional en el Adulto Mayor

A partir del modelo propuesto por Salovey y Mayer, de su instrumento de medida se construye del TMMS-48 una nueva versión, con el fin de hacerla más corta y para poblaciones que requieran estar el menor tiempo posible resolviendo el cuestionario, es así que se construye el TMMS-24, en el que se encuentran tres de las cuatro dimensiones de Salovey y Mayer, la misma que se cuenta con evidencia de haber sido utilizado para la evaluación de la inteligencia emocional en adultos mayores (López, Chesta y Véliz, 2012). Para la medición de nuestra variable inteligencia emocional será medida en base a tres factores:

3.4.1. Atención Emocional.

El factor de atención emocional es donde se perciben los sentimientos propios en el mismo momento en el que se dan. La percepción de los estados emocionales consiste en el registro de los estímulos emocionales en sí mismo.

3.4.2. Claridad Emocional.

Es la habilidad para identificar y comprender los propios estados emocionales pudiendo reconocer la causa que los genera. Presenta una competencia personal que es la integración de la emoción y la razón, así como una competencia social que es la empatía. Al integrar la emoción con el razonamiento lo que permite es contar con un razonamiento más inteligente y por ende tomar decisiones más acertadas, mientras que empatizar es posicionarse emocionalmente en el lugar de la otra persona y ser consciente de qué sentimientos tienen, así como el origen de ellos y las implicaciones que pudiera tener en su vida. Las emociones son conocidas como los estados anímicos que manifiestan una gran actividad orgánica, reflejada en los comportamientos internos y externos. La emoción siempre se mantuvo cercana al cuerpo y a la razón, vigila y evalúa constantemente todo tipo de situaciones que se nos presentan.

3.4.3. Reparación de las emociones.

Es la capacidad que tiene la persona de impedir los efectos negativos de esa emoción y utilizar los aspectos positivos que permiten conocer y comprender la emoción con la finalidad de actuar sin perjudicarse. La reparación emocional va dirigida hacia uno mismo y hacia los demás, por ello encontramos:

- **Regulación emocional personal:**

Capacidad para no generar respuestas emocionalmente descontroladas, lo que implica reconocer los sentimientos, experimentarlos y manejar esa información de la forma más efectiva.

- **Resolución de conflictos interpersonales**

Habilidad para relacionarse con los demás, aquí encontramos habilidades emocionales específicas como: la capacidad para ofrecerse ayuda a otros, saber escuchar y saber responder en el momento oportuno, emplear la crítica constructiva, tener honestidad, llegar a acuerdos, saber defender las ideas propias respetando a los demás.

3.4.4. Educación Emocional en el Adulto Mayor

Una de las definiciones de educación emocional más aceptadas es la de Bisquerra (2000), refiere que es un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, puesto que ambos constituyen los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral.

Por ello se sabe que la mayor parte de los trabajos de educación emocional y social han ido dirigidos a niños y jóvenes, debido a que en estas etapas evolutivas se da importancia a la consolidación de las estructuras de funcionamiento psicosocial, así como en la prevención de problemas psicológicos futuros. Sin embargo, la educación de la inteligencia emocional es importante tanto en jóvenes como adultos mayores, debido a que ambos grupos muestran dificultades o déficits en alguno de los componentes de la inteligencia emocional. Así, Vasiliki y Louise (citado en Pérez, Molero, Osorio y Mercader, 2014) han señalado que en la vejez aumentan las dificultades en el reconocimiento de emociones de signo negativo como la tristeza o el miedo, disminuyendo la experimentación de la ira.

Matthias, Theodor y Louise (2007) consideran que las personas que se encuentran en la tercera edad poseen y muestran mejores estrategias a la hora de reparar su componente emocional; diferencias detectadas al compararse con poblaciones de adultos jóvenes.

Heckman y Blanchard-Fields (citado en Pérez, Molero, Osorio y Mercader, 2014), mencionan que, aunque los adultos mayores regulen y utilicen estrategias más adecuadas para el control de las emociones, éstas son pasivas. Además, durante la vejez, disminuye la capacidad de integración para el binomio cognición-emoción, lo que no ocurre en la etapa adulta. que a partir de los 60 años disminuye el optimismo y ocurre lo mismo con la complejidad afectiva a partir de los 45 años.

4. ACTITUDES HACIA LA MUERTE

4.1.La Muerte

Etimológicamente la palabra muerte procede del vocablo latino “mors” o “mortis” que se refiere a la cesación de la vida. Algunos autores la definen de la siguiente manera:

El enfoque de la Logoterapia, a través de su máximo representante, Víctor Frankl nos dice que la muerte es uno de los desafíos que a todos nos toca vivir, pensar en ello puede ser amenazante para muchas personas, pero es algo de lo cual no nos podemos librar, a todos nos tiene que suceder en algún momento de nuestra existencia. Se trata de la aceptación de nuestra finitud y termino de la vida terrenal. Es necesario procesar lo inevitable, a través ello, se puede valorar más la existencia ya que si tuviéramos una vida que durara cientos de años o fuera inmortal, es muy posible que habría muchas cosas que iríamos posponiendo, ante el pensamiento de que hay mucho tiempo para realizar lo que deseamos, por ello nos vemos obligados a aprovechar el tiempo de vida y a no desperdiciar las ocasiones que sólo se nos brindan una vez y se sugiere vivir con la actitud más digna o con el mejor esfuerzo, para ello es necesario procesar lo inevitable y a través de ello se pueda valorar más la existencia (Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia, s.f.).

Para Kubler Ross (1994), la muerte es parte del ciclo vital de la vida, es una consecuencia natural que implica el cese definitivo e irreversible de las funciones vitales autónomas, cerebrales, cardiorrespiratorias y de oxigenación viscerotisular, siendo la pérdida de la relación sujeto-mundo circundante y de su condición de ente humano, de existencia visible, también considerada una transición de esta vida a otra existencia en la cual ya no hay dolor ni angustias.

Según Ceballos (2013), la muerte es la cesación o el término de vida. El acto de morir es un proceso normal que le ocurre a todos los seres vivos, al igual que el acto de nacer, constituye una parte más de la existencia, es una experiencia única de cada persona, que representa la culminación del proceso global de envejecimiento.

En el Perú desde la antigüedad la muerte ha tenido un sentido especial, se instauraba mucho respeto por los fallecidos, la idea de la vida después de la muerte estuvo muy relacionada con la religión, por lo tanto, se realizaban ceremonias de acuerdo a diferentes costumbres, unos tenían la idea de que al morir el hombre debía de ser enterrado en grandes sepulturas acompañados de sus mejores riquezas, con la creencia que no estén solos y que no les falte nada en la otra vida. Comparando con la percepción que se tiene hoy en día observamos que ha ido cambiando, antes había más contacto con la muerte generalmente las personas morían en casa, acompañados de familiares y amigos en donde incluso a los niños se les permitía despedirse, los entierros eran públicos y concurrencia de mucha gente, la imagen del luto, vemos que aún persiste como una tradición, con la diferencia de que antes se mantenía el luto durante más tiempo lo que no ocurre hoy en día.

Actualmente el 2 de noviembre se celebra el día de los muertos, donde sus familiares o amigos llevan comida, bebidas, flores, música, bailan y todo lo que le gustó en vida a la

persona fallecida, es muy común que se preparen panes en forma de bebé que en quechua se llama “tanta wawa”, que se ponen en las tumbas como ofrendas.

4.2.Tres Aspectos de la Muerte

Yuste, Rubio y Aleixandre (2004), nos mencionan que, ante el hecho de morir, se constatan tres aspectos o tipos de muerte: física, social, psicológica, pero todas fijadas cultural y socialmente, como muestran sobre todo los cambios de luto, velorios, entierros, entre otros.

4.2.1. Físico

Se centra en el declive de los procesos biológicos, por el cual se habla de muerte física o biológica y se relaciona con apuntes legales, pues la organización social ha de vigilar que ninguna defunción quiebre la convivencia. Por eso la ley se apoya en la biología para certificar la muerte. No resulta sencillo determinar cuándo una persona ha muerto, se distingue entre muerte fisiológica y muerte clínica. En el caso de la muerte fisiológica, todos los órganos vitales dejan de funcionar y el organismo no puede seguir subsistiendo, al ser privadas de oxígeno y nutrientes, las células del cuerpo van muriendo gradualmente. La muerte clínica consiste en la terminación de toda la actividad cerebral, indicada por la ausencia de ondas cerebrales, el organismo humano deja de operar como una unidad mente cuerpo autosuficiente, aunque el corazón y los pulmones pueden funcionar con apoyo artificial. Para Patitó (2000), son tres los principales órganos en los que aparece la causa de muerte en el ser humano:

- **El aparato respiratorio**

El signo de Winslow consiste en la ausencia de empañamiento de un espejo cuando es acercado a las fosas nasales, en las asfixias y enfermedades pulmonares hay un fracaso en la captación del oxígeno por parte de los pulmones.

- **Sistema Cardiovascular**

Está dado por la ausencia de pulso y de tensión arterial, el fracaso del corazón para actuar como bomba de impulsión de la sangre para distribuirla por todo el organismo, los signos evidentes que presenta un organismo en proceso de muerte se distinguen por el cese de las funciones vitales.

- **Sistema nervioso**

Ausencia de respuesta al dolor, arreflexia total que es la ausencia de reflejos o movimientos inconscientes que se realizan al recibir un estímulo externo, al darse la ausencia de la circulación sanguínea en el cerebro por un tiempo de 15 minutos sin oxígeno los daños llegan al bulbo raquídeo y se produce la muerte cerebral.

Es de advertir que la escasa mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida han traído como consecuencia que las personas asocien muerte y vejez, denominando muerte natural a la propia de los sujetos añosos (Yuste, Rubio y Aleixandre, 2004).

4.2.2. Social

Thomas (citado en Yuste, Rubio y Aleixandre, 2004) llamó “muerte social” a lo que experimenta el anciano a causa del ocaso de sus roles y de su identidad social. Esta persona adulta mayor fácilmente, puede hallarse alienada por un estado absoluto de exclusión y soledad, carente de apoyo social, que le lleva a perder el interés en toda actividad.

Asimismo, Philips (1997), afirma que existe otro aspecto de la muerte, la muerte sociológica que es el hecho de que el paciente sea abandonado por los demás. Esto puede ocurrir semanas antes de la culminación de la vida si se deja al paciente morir solo, lo que sucede cuando las familias abandonan a los viejos en los asilos donde muchos viven por años como si estuvieran muertos.

4.2.3. Psicológico

Desde una perspectiva psicológica, la muerte se considera como un proceso y no como un acto puntual, aunque en realidad, la muerte en sí misma, es un concepto general cuyo significado varía en función de si se analiza desde un punto de vista fisiológico, social, médico, psicológico, antropológico o económico entre otros aspectos. Puede ser realidad, percepción, situación, acto final, principio e incógnita, se refiere a la percepción de la muerte y su cercanía con sentimientos de pérdida y aflicción ante la propia defunción y la de los allegados.

Hoy se atiende más a la enfermedad que a la muerte, cuya cercanía se oculta por lo cual las familias dejan a sus adultos mayores en diversas instituciones con la idea de que ahí se curará o mejorará (Rubio, 1990).

Es por ello que desde los finales del siglo XX la geriatría y la psicogerontología se han esforzado en aliviar el final de los enfermos, lo que ha traído como resultado: la revisión del empeño por mantener con vida a personas que agotadas no la quieren; son muchas las que piden una muerte digna lo que significa verse libre de dolor, no estar sujetos a procedimientos médicos extremos y sin viabilidad, además contar con capacidad de tomar personalmente sus propias decisiones; esto solo es posible si el enfermo está informado.

Yuste, Rubio y Aleixandre (2004), mencionan que el testamento de vida también conocido como (living wills), no es aceptado en todos los países; en él se declara como morir cuando aún se tiene la capacidad de decidir, en el cual la persona pide ante testigos, y consciente, que no se usen medios extraordinarios para mantener su vida si le acontece inutilidad o cae en situación terminal, su fundamento no es claro por el riesgo de arribar a una eutanasia sin paliativos.

Centrándonos en la muerte psicológica, podríamos decir que esta va de forma paralela a la muerte física y social; cuando uno es consciente que va acercándose a este proceso es decir empieza hacer un equilibrio entre el tiempo vivido y el que le queda por vivir asociado a sentimientos de minusvalía y dependencia, va sintiendo que se va muriendo poco a poco, ocasionando que diga adiós a muchas situaciones como el amor, ilusiones y las esperanzas; aumentando los miedos derivados de la incertidumbre que despierta el no saber qué ocurre después, siendo una experiencia única sobre la cual recae el halo de misterio, dependiendo a las significaciones culturales referidas a la muerte. Según Sierra, Ortega y Zubeidat (2003), la ansiedad se relaciona con diferentes respuestas físicas y mentales que son producto de la interpretación de una amenaza, muchas veces ocurre que la amenaza no implica un peligro real, pero debido a una creencia errónea el organismo se prepara para la huida o la lucha manifestando cambios en la presión sanguínea y el ritmo cardíaco.

Asimismo, es importante resaltar, que este proceso de morir no solo afecta a la persona que fallece sino también a sus familiares cercanos padres, esposo(a), hijos, tíos, amigos, etc. quienes compartieron su vida con ellos, teniendo que afrontar y superar su partida.

4.3.Fases de la Muerte

Kubler Ross (1994), trabajó con centenares de moribundos, estas fases surgen ante el aviso de la muerte propia, pero pueden verse también en el duelo al perder un ser querido, donde identifico cinco fases de la agonía que no necesariamente ocurren en una secuencia regular, en su trabajo realizado la mayoría de sus pacientes exhibieron dos o tres etapas de manera simultánea, y estas no siempre ocurren en el mismo orden, una persona puede oscilar entre la ira y la depresión o puede sentir ambas cosas a la vez ya que la vida al igual que la muerte es una experiencia individual.

4.3.1. La negación y aislamiento

Cuando una persona se entera de que sufre una enfermedad mortal su primera reacción será de negación, “no, yo no, no puede ser verdad”. Esta negación inicial era común a los pacientes a los que se les revelaba directamente desde el principio su enfermedad, y a aquellos a los que no se les decía explícitamente y que llegaban a aquella conclusión por sí mismos, un poco más tarde. La perplejidad durante horas o meses; es una defensa contra el impacto del hecho que no se comprende ni quiere asumir. La negación es un mecanismo normal que nos ha acompañado a lo largo de toda nuestra vida en relación al tema de la muerte, asociados a sentimientos de injusticia hacia la persona enferma, temor de dejar a los seres queridos, es por ello que algunos acusan a su médico de incompetente, otros piensan que se cometió un error en el laboratorio o en el diagnóstico; hay quienes buscan el consejo de otros médicos, incluso llegan a recurrir a curanderos y están también quienes intentan curas milagrosas. Algunos simplemente niegan la cercanía de la muerte y proceden como si nada estuviera pasando, sin embargo, son muy pocos los pacientes que mantienen la negación hasta el final ya que la mayoría va aceptando gradualmente la realidad y a medida que lo hacen la siguiente reacción es la ira.

4.3.2. Ira

Cuando ya no se puede seguir manteniendo la negación, se sustituye por sentimientos de ira por lo que surge la pregunta, ¿por qué yo? en esta etapa los pacientes se muestran hostiles, resentidos y sumamente irritables; pelean a menudo con los doctores, enfermeras y con sus seres queridos, la realidad se asume como frustración, que lleva al caos emocional, no exento de sentimientos de culpa, resentimiento y furor contra la divinidad caracterizada por la negación de Dios, es así que en esta etapa se expresa la rabia para lograr liberarse de ella.

4.3.3. Negociación

Para obtener una postergación del plazo el paciente hace promesas a Dios, al equipo médico y a la familia, quiere volver atrás y negociar en secreto con la muerte para ganar tiempo; a cambio se promete ser virtuoso, se entiende que es como un intento de posponer los hechos que incluye un premio “a la buena conducta”, además se fija un plazo de vencimiento impuesto por uno mismo, por ejemplo, solo pide que se le permita vivir el tiempo que necesita para asistir a la boda del hijo o terminar una tarea, se reza a cambio de días se ruega perdón y solución a Dios.

4.3.4. Depresión

Cuando ya no se puede negar la enfermedad, todos los sentimientos de ira y rabia, serán sustituidos por una sensación de pérdida, se acepta lo ineludible perdiéndose toda esperanza de mantenerse con vida y aceptan que la muerte es inevitable, surgiendo la depresión que puede ser causada por el dolor de dejar atrás todo lo que se ama, imposibilidad de trabajar y de constituir una carga innecesaria, por la culpa de la propia vida, la vergüenza de la desfiguración del cuerpo o por la incapacidad de poder morir con dignidad. Algunos pacientes necesitan expresar su pena para poder superarla; otros necesitan apoyo y demostraciones de cariño para recuperar su autoestima.

En caso de muerte de un ser querido, se le busca cuando ya no está y por donde andaba, se sueña con él, se da un retiro social y sensaciones físicas como ahogo, presión en el pecho e hipersensibilidad. No se debe buscar que el anciano reprima la tristeza, hay que admitirle su duelo y que hable de él; debido a que el duelo negado es el peor de los duelos.

4.3.5. Aceptación

Esta etapa requiere haber tenido el tiempo para superar las fases anteriores, habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, quizás envidia a los que gozan de buena salud, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto. Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él, cesa la lucha; no hay satisfacción sino resignación; no angustia sino paz y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. Así en esta etapa no hay ni felicidad ni dolor, solo paz, ya que solo desea el silencio para terminar sus días con un sentimiento de paz consigo mismo y con el mundo (Kubler Ross, 1994).

4.4. Actitud

Según la Real Academia Española menciona tres definiciones de la palabra actitud, un término que proviene del latín *actitudo* que es el estado del ánimo que se expresa de una cierta manera (como una actitud conciliadora). También hace referencia a la postura del cuerpo de una persona, cuando transmite algo de manera eficaz o cuando la postura se halla asociada a la disposición anímica.

Algunos autores la definen de la siguiente manera:

Para Rodrigues (1987), es una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto.

Olson y Zanna (citado en Myers, 2003), quienes refieren que las actitudes son una forma eficiente de calibrar el mundo, cuando tenemos que responder rápidamente a algo, la manera como nos sentimos al respecto puede guiar nuestra reacción. Por ejemplo, una persona que cree que un grupo étnico particular es poderoso y agresivo, puede sentir desagrado por

personas de ese grupo y en consecuencia actuará de una manera discriminatoria. Cuando nos formamos juicios sobre las actitudes, cruzamos una de las siguientes tres dimensiones, que pueden ser recordadas como el ABC de las actitudes: afecto (sentimientos), comportamiento (intención) y cognición (pensamientos).

4.5.Componentes de la Actitud

La condición de las actitudes como estado psicológico interno constituye una dificultad para su estudio y determinación de manera directa. Sin embargo, existe consenso en considerar su estructura de dimensión múltiple como vía mediante la cual se manifiestan sus componentes expresados en respuestas de tipo cognitivo, afectivo y conativo, por ello la coexistencia de estos tres tipos de respuestas como vías de expresión de un único estado interno (la actitud), explica la complejidad de dicho estado y también que muchos autores hablen de los tres componentes o elementos de la actitud (Morales, 1995).

4.5.1. Cognitivo

Incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud, destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación.

4.5.2. Afectivos

Son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se pueden evidenciar física y/o emocionalmente ante el objeto de la actitud como; tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado, etc.

4.5.3. Conductuales

Muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas. Todos los componentes de las actitudes llevan implícito el carácter de acción evaluativa hacia el objeto de la actitud. De allí que una actitud determinada predispone a una respuesta en particular ya sea abierta o encubierta con una carga afectiva que la caracteriza, frecuentemente estos componentes son congruentes entre sí y están íntimamente relacionados.

Bolívar (1995), refiere que la interrelación entre estas dimensiones, los componentes cognitivos, afectivos y conductuales pueden ser antecedentes de las actitudes; pero recíprocamente, estos mismos componentes pueden tomarse como consecuencias, las actitudes preceden a la acción, pero la acción genera y refuerza la actitud correspondiente. Los componentes pueden o no estar relacionados, pues a veces hay contradicciones entre ellos; por ejemplo, las actitudes ante la muerte con frecuencia son contradictorias, pues la muerte en sí encierra una contradicción, muchas personas se sienten aterradas cuando descubren por primera vez que son consideradas “viejas” o adultos mayores; como lo menciono un adulto mayor, “Si, algunas veces todos quieren llegar a viejo con la idea de poder descansar, tener más tiempo para uno mismo, salir con las amistades, dejando atrás las obligaciones que ya cumplieron con la labor de padres, sin embargo nadie quiere ser viejo”. El envejecimiento por sí mismo, estipula y fija un pronóstico de vida limitado ya que se asocia con el declive, la decadencia, la pérdida de autonomía y algunas actitudes ante la muerte están asociadas a la edad, aunque lo que prevalece es la percepción individual entendiendo que la vejez no es una etapa de pérdida, sino de nuevos cambios.

4.6. Actitud Hacia la Muerte

Papalia, Wendkos y Duskin (2004), afirman que las actitudes ante la muerte son un producto de la educación, que varía en función del contexto cultural. Están estrechamente relacionadas con la visión personal del mundo y con la posición que uno considera que ocupa en él, por ello no hay una sola forma de ver la muerte a cualquier edad; las actitudes de las personas al respecto reflejan su personalidad y experiencia, así como lo cerca que creen que están de morir, es muy probable que la muerte no signifique lo mismo para un hombre de 85 años con dolores artríticos insoportables, una mujer de 50 años en la cima de una brillante carrera como abogada que descubre que tiene cáncer de mama y un chico de 15 años que está en pleno descubrimiento de las implicancias de la vida, los cambios típicos en las actitudes hacia la muerte a lo largo del ciclo de la vida dependen tanto del desarrollo cognoscitivo como del momento del evento, por ello podemos decir que la actitud hacia la muerte depende en parte de la actitud que se tenga hacia la vida.

Tenemos las siguientes definiciones:

La conceptualización de muerte que posee el hombre es relativo y temporal, ya que varía a partir del desarrollo evolutivo individual y por influencia de factores socioculturales. En este sentido las actitudes que las personas manifiestan ante la muerte, pueden ser también transitorias como lo menciona (Limonero, 1994).

Barraza y Uranga (s.f.), realizan una descripción sobre las actitudes: Aceptación de escape se da cuando el sufrimiento y el dolor agobian y la muerte parece ofrecer el único escape, en dicha aceptación de escape la actitud positiva hacia la muerte se basa, no en la “bondad” inherente de la muerte, sino en la “maldad” de la vida.

4.7.Miedo Ante la Muerte

La muerte puede generar en las personas diferentes emociones siendo entre ellas las más frecuentes la ansiedad y el miedo, emociones que van apareciendo con mayor o menor peso en virtud de que se trate de la muerte propia o la de otros, pudiendo generar ansiedad tan solo el hecho de imaginar, pensar o hablar de ella, están marcadas por la manera en que la concebimos, vivimos de tal forma que la ignoramos y nos comportamos como si no fuésemos a morir.

Como menciona Sánchez y Salas (2015), en nuestra sociedad se observan conductas estereotipadas de rechazo a esta etapa de la vida llegando a conformarse en una verdadera “gerontofobia”, generando conductas de evitación, aislamiento y rechazo a los adultos mayores.

El miedo a la muerte se refiere específicamente a la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte, en donde las variables mediadoras se relacionan con el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al más allá de la muerte, al dolor y al sufrimiento, el bienestar de los miembros supervivientes de la familia. El miedo surge como resultado de la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte.

El célebre filósofo griego Sócrates afirma el temor a la muerte, señores, no es otra cosa que considerarse sabio sin serlo, ya que es creer saber sobre aquello que no se sabe. Quizá la muerte sea la mayor bendición del ser humano, nadie lo sabe y sin embargo el mundo le teme como si supiera con absoluta certeza que es el peor de los males.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Tomando en cuenta la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista (2010), la presente investigación es de paradigma cuantitativo porque usamos la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico.

El diseño de la presente investigación es no experimental porque no manipularemos las variables de estudio y transversal porque se recolectará los datos en un solo momento, en un tiempo y espacio determinado.

Asimismo, el presente estudio corresponde al tipo descriptivo - correlacional. Descriptivo porque nos permite describir y medir las variables de estudio y correlacional porque tiene como propósito medir el grado de la relación que existe entre la inteligencia emocional y las actitudes hacia la muerte.

2. SUJETOS

2.1.Población

La población para la presente investigación está conformada por 400 adultos mayores inscritos en las diferentes asociaciones (18) que conforman el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de José Luis Bustamante y Rivero, de ambos sexos y cuyas edades oscilan entre 60 a 90 años.

2.2.Muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico porque no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser elegidos, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

La selección de los participantes fue intencionada utilizándose el criterio de la accesibilidad y voluntariedad de las personas, la muestra de la presente investigación fue conformada por 155 adultos mayores doce asociaciones que integran el Centro Integral de Atención del Adulto Mayor (CIAM) que dieron su consentimiento para ser partícipes de la investigación, dichos adultos mayores pertenecen a las siguientes asociaciones: Siempre con Dios, Villa Verde, Sagrada Familia, Divino Niño, Fecia, Juan Pablo II, Amistad Adepa, Amigos de la Juventud, Un Cálido Atardecer, Amado, Nuevo Renacer y Virgen de Chapi.

Los participantes son de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre 60 y 90 años, que cuentan con grado de instrucción secundaria completa y estudios superiores en su gran mayoría, seguido por primaria completa e incompleta y sin grado de instrucción, de estados civiles casados, viudos y un menor número de solteros, en su mayoría son jubilados, de un nivel socioeconómico medio y bajo.

Debido a los criterios de exclusión no fueron parte del presente estudio seis asociaciones: 60 adultos mayores de las asociaciones Los grandes de Cerro Juli y Jesús de Nazareno, debido a que emplean y comprenden el idioma quechua y tienen problemas auditivos y visuales. Asimismo, los presidentes de cuatro asociaciones no dieron su consentimiento para la aplicación de los instrumentos como son las Asoc. Vida Nueva, Amigos de Santa Clara. Inmaculada Concepción y la Cantuta que representan 185 personas que no fueron parte del estudio debido a actividades que tenían programadas en cada asociación.

2.3.Criterios de inclusión

- Adultos mayores que deseen participar voluntariamente en la investigación
- Los adultos mayores tienen que pertenecer al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor.
- Su edad mínima debe ser de 60 años a más.

2.4.Criterios de exclusión.

- Adultos mayores que no deseen participar en la investigación.
- Adultos mayores que no pertenezcan al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor.
- Personas menores de 60 años.
- Adultos mayores que solo emplean y comprenden el idioma quechua o que presenten pérdida auditiva o visual que les impidan responder los instrumentos.
- Adultos mayores que padezcan demencias, problemas neurológicos o enfermedades que impidan su normal desenvolvimiento.

Tabla N°1*Adultos mayores por asociación.*

Asociación	Frecuencia	Porcentaje
Amado Dolores	11	7.1
Amigos de la Juventud	14	9.0
Amistad Adepa	11	7.1
Divino Niño	18	11.6
FECIA	19	12.3
Juan Pablo II	6	3.9
Nuevo Renacer	8	5.2
Sagrada Familia	18	11.6
Siempre con Dios	21	13.5
Una cálido Atardecer	9	5.8
Villa Verde	13	8.3
Virgen de Chapi	7	4.5
Total	155	100.0

Tabla N°2*Distribución de la muestra por sexo*

	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	129	83.2
Varones	26	16.8
Total	155	100.0

Tabla N°3***Distribución de la muestra por nivel educativo***

	Frecuencia	Porcentaje
Sin instrucción	17	11.0
Primaria incompleta	10	6.5
Primaria completa	16	10.3
Secundaria incompleta	12	7.7
Secundaria completa	32	20.6
Superior	68	43.9
Total	155	100.0

Tabla N°4***Distribución de la muestra por estado civil***

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero (a)	27	17.4
Casado (a)	83	53.6
Divorciado (a)	7	4.5
Viudo (a)	38	24.5
Total	155	100.0

3. MATERIALES E INSTRUMENTOS

Para la recolección de los datos se empleó como instrumentos, el cuestionario de inteligencia emocional TMMS-24. (Trait Meta Mood Scale), elaborado por Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai en 1995, que evalúa los aspectos intrapersonales de la inteligencia emocional y la escala de actitudes hacia la muerte de Yesenia Monroy Yari, elaborada en el año 2000, para identificar las actitudes que tienen los adultos mayores hacia la muerte de la Micro-Red 15 de agosto del distrito de Paucarpata.

3.1.Trait Meta-Mood Scale -TMMS-24

Ficha técnica:

Nombre : El TMMS-24 (Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale)

Autores : Adaptación de Fernández – Berrocal, Extremera y Ramos (2004) Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995).

Año : 2004.

Institución : Universidad Señor de Sipán, Lambayeque.

Administración : Individual o colectiva.

Duración : 15 minutos aproximadamente.

Materiales : Protocolo.

Descripción:

El instrumento permite la identificación de los niveles de inteligencia emocional; está compuesta por 24 ítems, relacionados con 3 dimensiones (8 ítems por factor): Atención emocional ítems 1 al 8, Claridad emocional ítems del 9 al 16 y Reparación de las emociones ítems del 17 al 24. Fue evaluado a través de una escala Likert con un rango de puntuación

que oscila entre 1 y 5, donde (1) significa nada de acuerdo y (5) totalmente de acuerdo. Cada ítem será respondido marcando una cruz (X), según su percepción.

Calificación

Es una escala de metaconocimiento emocional. En concreto, mide las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas. Como su nombre indica, la escala se compone de 24 ítems que deben ser puntuados con una escala tipo Likert de cinco puntos (desde 1= Nada de acuerdo, hasta 5= Totalmente de acuerdo), los cuales se agrupan en las siguientes dimensiones:

- **Atención emocional:** Se refiere a la percepción de las propias emociones, es decir, a la capacidad para sentir y expresar las emociones de forma adecuada. Está compuesta por ocho ítems (por ejemplo: “Presto mucha atención a los sentimientos”).
- **Claridad emocional:** Esta dimensión evalúa la percepción que se tiene sobre la comprensión de los propios estados emocionales. Incluye ocho ítems (por ejemplo: “Puedo llegar a comprender mis sentimientos”).
- **Reparación emocional:** Mide la capacidad percibida para regular los propios estados emocionales de forma correcta. Se compone de ocho ítems (por ejemplo: “Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida”).

Validez

Validez de constructo mediante análisis factorial propiamente dicho, los resultados estadísticos de la matriz de correlación de Pearson de los ítems de las 3 subescalas de la TMMS-24. Se visualiza que los promedios de correlación de las diferentes escalas fueron similares, siendo mayor en la subescala de Reparación emocional. Esta misma subescala es la que presenta mayores oscilaciones (3,05 a 4,60). La correlación promedio, así como la

correlación inter-elementos, demuestra una relación positiva medianamente aceptable en cada una de las subescalas ($r > 0,4$), respectivamente. La correlación más baja se evidencia en la subescala Atención emocional.

- **Validación local.**

La validez fue determinada mediante criterio de expertos en el año 2016 en la ciudad de Lambayeque, en la tesis titulada “Inteligencia emocional y calidad de vida en adultos mayores de una asociación de jubilados del distrito de Tuman-2016” en la Universidad Señor de Sipán, para optar el grado de psicólogas, donde se obtuvo la validez de constructo por correlaciones ítems-test como se puede apreciar en el ANEXO N°4.

Confiabilidad

Se obtuvo mediante el coeficiente de consistencia interna y el coeficiente de equivalencia, lo mismo que se aprecia en el ANEXO N°4.

3.2.Escala de Actitudes hacia la Muerte

Ficha técnica:

Nombre	: Escala de Actitudes Hacia La Muerte.
Autor	: Yesenia Monroy Yari.
Año	: 2000.
Institución	: Universidad Nacional de San Agustín – Arequipa.
Administración	: Individual o colectiva.
Duración	No cuenta con un tiempo determinado.
Edad de Aplicación	: Es aplicable a partir de los 60 años de edad.
Materiales	: Protocolo.

Descripción:

El instrumento permite identificar las actitudes que tienen los adultos mayores hacia la muerte. Está compuesta por 16 ítems, de los cuales el 50% (8 ítems) son positivos y el 50% fueron negativos (8 ítems). Fueron ordenados negativos y positivos según un modelo dado por Likert.

Calificación

Fue evaluado a través de una escala Likert, cada ítem presenta respuestas de elección múltiple graduadas en 5 categorías las cuales fueron: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Indiferente, desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Posteriormente se asignaron puntajes a los ítems según sea la dirección de la Actitud. En el caso de los ítems positivos, el puntaje disminuye del 5 al 1, y en los negativos el puntaje aumenta del 1 al 5.

Solo se consideran 3 alternativas (aceptación, indiferencia y rechazo) Cada ítem será respondido marcando una cruz (X), según su percepción. De acuerdo al puntaje obtenido, las actitudes se clasifican en:

- **Actitud de aceptación hacia la muerte (favorable):** Actitud positiva o favorable hacia la muerte, en forma consciente y normal entendiendo esta como un hecho natural e inevitable y siendo determinada a través de una escala de actitudes.
- **Actitud de indiferencia hacia la muerte (neutro):** Está relacionado con la neutralidad de aquellas personas que no tienen una opinión definida sobre la actitud de aceptación o rechazo hacia la muerte.
- **Actitud de rechazo hacia la muerte (desfavorable):** Es la resistencia para aceptar la muerte como final del ciclo vital.

Validez y Confiabilidad

Fue elaborada en el año 2000 con la finalidad de darle validez y confiabilidad al instrumento y poder aplicarlo para temas de investigación asimismo optar el título de Psicóloga, tesis que lleva por título “Actitudes hacia la muerte en los senectos institucionalizados en los asilos del arzobispado y la beneficencia de Arequipa” de la Universidad Nacional de San Agustín, la investigación fue realizada en la ciudad de Arequipa.

En un inicio se elaboraron un total de 30 ítems estos constituyeron la Escala Preliminar; 15 de los cuales fueron positivos y 15 fueron negativos sobre la actitud hacia la muerte. Luego se analizó el contenido lógico de cada una de las aseveraciones corrigiendo algunos ítems que no eran suficientemente claros. Se administró la escala preliminar a una muestra de 22 sujetos los cuales fueron parte de un estudio piloto.

Se asignaron puntajes totales a los sujetos de acuerdo al tipo de respuesta en cada ítem y se procedió a analizar estadísticamente cada uno de los 30 ítems incluidos en la escala. Primero se ordenaron las 22 pruebas en orden decreciente posteriormente se tomaron en cuenta el 25% de los puntajes más altos, los cuales representaban la actitud de aceptación y el 25% de los puntajes más bajos los que reflejaban las actitudes de rechazo, ambos puntajes, constituyen los grupos extremos el resto no se consideró. Luego se colocó a los sujetos en una tabla con los puntajes de cada ítem, y el puntaje total de cada uno de los sujetos, y finalmente se procedió a seleccionar los ítems que estarían incluidos en la escala final.

4. PROCEDIMIENTO

Se eligió el tema de investigación teniendo en cuenta nuestros intereses personales y a través de una revisión teórica tomando en cuenta la problemática actual de la sociedad. Posterior a ello se inició con la elaboración del proyecto de investigación, el cual fue presentado a la dirección de la escuela profesional de Psicología en agosto de 2018, siendo aprobado en el mes

de setiembre. Se realizó la investigación teórica, recopilando la mayor información bibliográfica correspondiente para fundamentar el tema de investigación.

Para la aplicación de los instrumentos, inicialmente se realizó la coordinación con el gerente encargado de la Gerencia de Promoción Social y Desarrollo Económico de la Municipalidad de José Luis Bustamante y Rivero que tiene a su cargo el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, otorgándonos la debida autorización, se procedió a hacer las coordinaciones con cada una de las asociaciones para definir la muestra, seis asociaciones no pudieron ser parte de esta investigación debido a que en algunos casos no dieron su autorización, son quechua hablantes y no asistieron a la aplicación de los instrumentos; con las asociaciones que dieron su consentimiento se procedió a calendarizar las fechas de aplicación de los instrumentos, para la recolección de datos, la cual se realizó entre las fechas del 15 de setiembre al 26 de octubre de 2018.

Se explicó a los adultos mayores en forma detallada el objetivo del estudio; leyendo en voz alta el consentimiento informado y de estar de acuerdo, se les solicitó la firma respectiva del mismo, dejando evidencia escrita de su aceptación para la participación en forma voluntaria del estudio de investigación; seguidamente se llevó a cabo la aplicación individual y en algunos casos fue de forma grupal aproximadamente tres a cuatro adultos mayores, con el debido seguimiento por parte de los investigadores anotando los puntos de vista, experiencias, opiniones y frases que relataban los adultos mayores al momento de responder las preguntas, se repitió el mismo procedimiento en cada una de las asociaciones hasta concluir con toda la muestra.

Seguidamente se realizó el traslado de datos a una matriz de datos de Excel para ser exportado a un formato SPSS 25, para su análisis respectivo, debido a que la mayoría de nuestras variables no tuvo distribución paramétrica, se analizó los datos utilizando estadística no paramétrica.

Para el análisis descriptivo se utilizó un análisis de frecuencias para conocer los niveles de inteligencia emocional y las actitudes hacia la muerte seguidamente se comparó nuestras

variables según sexo y nivel educativo, asimismo para conocer el nivel de significancia se utilizó la prueba estadística chi cuadrado.

Finalmente se utilizó la Rho de Spearman con el fin de verificar si existe una relación entre nuestras variables de estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En este capítulo se presentan los hallazgos de la investigación de acuerdo a la información recogida mediante las técnicas e instrumentos de recolección de datos. Fueron procesados mediante estadística no paramétrica, descriptiva y son expuestos a través de tablas estadísticas. En primer lugar, se presentan las tablas descriptivas respecto a los niveles de inteligencia emocional y las actitudes hacia la muerte en adultos mayores; luego se presentan las tablas comparativas de ambas variables de acuerdo al sexo y nivel educativo. Finalmente se muestran la relación entre las variables de este estudio.

Tabla N°5

Niveles de inteligencia emocional general de los adultos mayores.

Inteligencia emocional

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	27	17.4
Medio	43	27.7
Alto	85	54.8
Total	155	100.0

Encontramos que el 54.8 % de adultos mayores obtuvo un nivel alto de inteligencia emocional lo que nos indica que ellos tienen la capacidad de controlar, regular sus propios estados emocionales para dar respuestas adecuadas a diferentes situaciones esto estaría asociado al aprendizaje y la experiencia que van adquiriendo a lo largo de toda su vida sin embargo no todos los adultos mayores emplean estrategias de regulación adecuadas que les permitan expresar sus emociones sin miedo a críticas optando por estrategias pasivas con el fin de estar bien con los demás.

Tabla N°6

Indicadores de la inteligencia emocional de los adultos mayores.

Niveles	Atención		Claridad		Reparación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	35	22.6	19	12.3	20	12.9
Medio	54	34.8	39	25.2	33	21.3
Alto	66	42.6	97	62.6	102	65.8
Total	155	100.0	155	100.0	155	100.0

Observa que en las dimensiones de inteligencia emocional los adultos mayores obtuvieron niveles altos en claridad y reparación emocional con un 62.6% y 65.8% respectivamente mientras que solo el 42.6% obtuvo nivel alto en la dimensión de atención emocional, hay que tener en cuenta que los adultos mayores reconocen sus sentimientos en el mismo momento que se dan sin embargo muchos de ellos reconocen más fácilmente emociones de signo negativo como es la tristeza y el miedo, en cuanto a la claridad emocional vemos que pueden comprender sus propios estados emocionales pudiendo reconocer la causa que los genera, asimismo en cuanto a la reparación evita efectos negativos de alguna emoción seleccionando estrategias para resolver problemas con la finalidad de actuar sin perjudicarse él y los que le rodean, cabe decir que muchas de estas estrategias son pasivas con el fin de evitar conflictos o preocupaciones.

Tabla N°7***Niveles de inteligencia emocional de los adultos mayores, según sexo.****Tabla cruzada Sexo*Inteligencia emocional*

			Inteligencia emocional			
			Bajo	Medio	Alto	Total
Sexo	Mujer	Recuento	23	35	71	129
		% dentro de Sexo	17.8%	27.1%	55.0%	100.0%
	Varón	Recuento	4	8	14	26
		% dentro de Sexo	15.4%	30.8%	53.8%	100.0%
Total		Recuento	27	43	85	155
		% dentro de Sexo	17.4%	27.7%	54.8%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.183	2	.913
N de casos válidos	155		

Se compararon los niveles de inteligencia emocional general, en el cual se observa que el 55 % de mujeres tiene un nivel alto de inteligencia emocional con respecto a los varones (53.8%) sin embargo no hallamos una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la inteligencia emocional ($\chi^2=0.183$; $p=.913$). Nos indica que independientemente del sexo tanto varones como mujeres tienen niveles adecuados de inteligencia emocional que les permitiría interpretar, procesar y regular la experiencia emocional y a su vez estaría apoyando a la idea de la maduración emocional asociada a la experiencia y a la edad.

Tabla N°8***Indicadores de la inteligencia emocional, según sexo.*****A. Atención emocional de los adultos mayores, según sexo.***Tabla cruzada Sexo*Atención emocional*

		Atención emocional				
		Bajo	Medio	Alto	Total	
Sexo	Mujer	Recuento	33	42	54	129
		% dentro de Sexo	25.6%	32.6%	41.9%	100.0%
	Varón	Recuento	2	12	12	26
		% dentro de Sexo	7.7%	46.2%	46.2%	100.0%
Total		Recuento	35	54	66	155
		% dentro de Sexo	22.6%	34.8%	42.6%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado Pearson	de	4.308	2	.116
N de casos válidos		155		

Se realizó la comparación por sexo en el indicador de atención emocional en donde los varones y mujeres adultos mayores alcanzaron un nivel alto, donde se evidencia que los varones tienen puntajes más elevados (46.2%) con respecto a las mujeres (41.9%).

Sin embargo, no hallamos una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la atención emocional ($\chi^2=4.308$; $p=.116$) por ello decimos que tanto mujeres como varones tienen la capacidad de sentir y percibir los estados emociones propios y de los demás.

B. Claridad emocional de los adultos mayores, según sexo.

*Tabla cruzada Sexo*Claridad emocional*

			Claridad emocional			
			Bajo	Medio	Alto	Total
Sexo	Mujer	Recuento	17	30	82	129
		% dentro de Sexo	13.2%	23.3%	63.6%	100.0%
	Varón	Recuento	2	9	15	26
		% dentro de Sexo	7.7%	34.6%	57.7%	100.0%
Total		Recuento	19	39	97	155
		% dentro de Sexo	12.3%	25.2%	62.6%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.760	2	.415
N de casos válidos	155		

Se realizó la comparación por sexo en el indicador de claridad emocional donde que la mayoría de las mujeres tiene un nivel alto (63.6%); a diferencia de los varones que presentan un nivel alto con 57.7%; sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la claridad emocional ($\chi^2=1.760$; $p= .415$). Es importante mencionar que muchos de los adultos mayores del estudio siguen manteniéndose activos en diferentes roles que les permite mantener y formar nuevas relaciones interpersonales en donde pueden empatizar con sus congéneres lo cual favorece en el reconocimiento y comprensión de sus propios estados emocionales.

C. Reparación emocional de los adultos mayores, según sexo.

*Tabla cruzada Sexo*Reparación emocional*

		Reparación emocional				
		Bajo	Medio	Alto	Total	
Sexo	Mujer	Recuento	17	30	82	129
		% dentro de Sexo	13.2%	23.3%	63.6%	100.0%
	Varón	Recuento	3	3	20	26
		% dentro de Sexo	11.5%	11.5%	76.9%	100.0%
Total		Recuento	20	33	102	155
		% dentro de Sexo	12.9%	21.3%	65.8%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.027	2	.363
N de casos válidos	155		

Se realizó la comparación por sexo en el indicador de reparación emocional evidenciando que los varones presentan un nivel más alto de reparación emocional (76.9%) en comparación con las mujeres que tienen un 63.6%. Sin embargo, no hallamos una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la reparación emocional ($\chi^2=2.027$; $p= .363$).

Por lo tanto, mujeres y varones tienen la capacidad para regular y expresar los propios estados emocionales dando una respuesta adecuada al medio que con el paso de los años y el aprendizaje adquirido han ido mejorando.

Tabla N°9

Nivel de inteligencia emocional de los adultos mayores, según nivel educativo.

*Tabla cruzada Nivel educativo*Inteligencia emocional*

				Inteligencia emocional			
				Bajo	Medio	Alto	Total
Nivel educativo	Sin instrucción	Recuento		8	6	3	17
		% dentro de Nivel educativo		47.1%	35.3%	17.6%	100.0%
	Primaria incompleta	Recuento		2	5	3	10
		% dentro de Nivel educativo		20.0%	50.0%	30.0%	100.0%
	Primaria completa	Recuento		7	7	2	16
		% dentro de Nivel educativo		43.8%	43.8%	12.5%	100.0%
	Secundaria incompleta	Recuento		3	2	7	12
		% dentro de Nivel educativo		25.0%	16.7%	58.3%	100.0%
	Secundaria completa	Recuento		3	8	21	32
		% dentro de Nivel educativo		9.4%	25.0%	65.6%	100.0%
	Superior	Recuento		4	15	49	68
		% dentro de Nivel educativo		5.9%	22.1%	72.1%	100.0%
Total		Recuento		27	43	85	155
		% dentro de Nivel educativo		17.4%	27.7%	54.8%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41.808	10	.000
N de casos válidos	155		

En la tabla N°9, se realizó la comparación de los niveles de inteligencia emocional donde encontramos una relación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y la inteligencia emocional ($\chi^2=41.808$; $p< .001$) donde se evidencia que mientras los adultos mayores han logrado mayores niveles de estudio presentan un nivel alto de inteligencia emocional, por lo cual el aprendizaje y la experiencia acumulada a lo largo de los años influye en un el control y manejo de emociones.

La mayoría de los adultos mayores de nuestra muestra tienen un nivel de instrucción superior que les ha permitido conocer distintos campos a lo largo de su vida donde han podido interactuar con distintas personas, que tienen diferentes creencias, costumbres, hábitos, distintos temperamentos, entre otros, todo ello le permite al adulto mayor adquirir esa madurez emocional a través de su experiencia y aprendizajes previos que no necesariamente son de carácter instruccional.

Tabla N°10

Actitudes hacia la muerte de los adultos mayores.

	Frecuencia	Porcentaje
Rechazo	4	2.6
Indiferencia	105	67.7
Aceptación	46	29.7
Total	155	100.0

Se puede observar que la actitud que predominó en los adultos mayores es la Indiferencia hacia la muerte con un 67.7 % es decir que la gran mayoría evita referirse a la muerte debido a que no tiene una opinión definida sobre el tema, pero más aún están los miedos que surgen respecto a ella como el miedo a lo desconocido, el miedo afrontar la agonía o dolores, al hablar de nuestra propia muerte y el tener situaciones pendientes con uno mismo, con los demás y la vida nos genera angustia pues vemos a la muerte como un evento próximo. Solo cuando uno se sienta conforme y satisfecho con la manera en que vivió su vida a su vez dándole sentido podrá afrontar la muerte sin miedo y aceptándola como parte del proceso de la vida.

Tabla N°11***Actitudes hacia la muerte de los adultos mayores, según sexo.****Tabla cruzada Sexo*Actitudes hacia la muerte*

		Actitudes hacia la muerte				
		Rechazo	Indiferencia	Aceptación	Total	
Sexo	Mujer	Recuento	3	88	38	129
		% dentro de Sexo	2.3%	68.2%	29.5%	100.0%
	Varón	Recuento	1	17	8	26
		% dentro de Sexo	3.8%	65.4%	30.8%	100.0%
Total		Recuento	4	105	46	155
		% dentro de Sexo	2.6%	67.7%	29.7%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.232	2	.890
N de casos válidos	155		

Se aprecia que independientemente del sexo los adultos mayores presentan una actitud de indiferencia con lo cual no hallamos una relación estadísticamente significativa entre el sexo y las actitudes hacia la muerte ($\chi^2=0.232$; $p= .890$) es decir que tanto varones y mujeres evitan referirse a la muerte pues despierta en ellos angustia, miedo, tristeza debido a que algunos han tenido experiencias cercanas con cónyuge, familiares, amigos que consideraban a la muerte como un suceso injusto que trae dolor, sufrimiento cuando esta lleva a personas que todavía tenían cosas pendientes en vida.

Tabla N°12

Actitudes hacia la muerte de los adultos mayores, según nivel educativo.

*Tabla cruzada Nivel educativo*Actitudes hacia la muerte*

					Actitudes hacia la muerte			
					Rechazo	Indiferencia	Aceptación	Total
Nivel educativo	Sin instrucción	Recuento			0	11	6	17
		% dentro de Nivel educativo			0.0%	64.7%	35.3%	100.0%
	Primaria incompleta	Recuento			0	9	1	10
		% dentro de Nivel educativo			0.0%	90.0%	10.0%	100.0%
	Primaria completa	Recuento			2	8	6	16
		% dentro de Nivel educativo			12.5%	50.0%	37.5%	100.0%
	Secundaria incompleta	Recuento			0	12	0	12
		% dentro de Nivel educativo			0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	Secundaria completa	Recuento			0	22	10	32
		% dentro de Nivel educativo			0.0%	68.8%	31.3%	100.0%
	Superior	Recuento			2	43	23	68
		% dentro de Nivel educativo			2.9%	63.2%	33.8%	100.0%
Total		Recuento			4	105	46	155
		% dentro de Nivel educativo			2.6%	67.7%	29.7%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17.314	10	.068
N de casos válidos	155		

Respecto a la tabla N°12, se comparó las actitudes hacia la muerte observando que la mayoría de los adultos mayores cuyo nivel educativo encontrando que no hay relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($\chi^2=17.314$; $p=.068$).

No existen diferencias en cuanto al nivel educativo, es decir que independientemente de su nivel de instrucción los adultos mayores presentan una actitud de indiferencia hacia la muerte, no han tomado una postura definida en aceptar o rechazar la muerte, muchos de ellos prefieren evitar hablar del tema al considerarlo un tema que denota tristeza.

Tabla N°13

Correlación entre inteligencia emocional y las actitudes hacia la muerte en adultos mayores.

		Actitudes hacia la muerte	
Rho de Spearman		Coeficiente de correlación	.070
	Atención emocional	Sig. (bilateral)	.388
		N	155
		Coeficiente de correlación	.218
	Claridad emocional	Sig. (bilateral)	.007
		N	155
		Coeficiente de correlación	.228
	Reparación emocional	Sig. (bilateral)	.004
		N	155
		Coeficiente de correlación	.193
	Inteligencia emocional	Sig. (bilateral)	.016
		N	155

En la siguiente tabla N°13 se muestra que existe una relación positiva débil entre la inteligencia emocional ($r = .193$; $p = .016$) y sus indicadores de claridad emocional ($r = .218$; $p = .007$) y reparación emocional ($r = .228$; $p = .004$) con las actitudes hacia la muerte, dichas relaciones son directamente proporcionales, lo que nos indica que una alta inteligencia emocional está asociada a una actitud de aceptación hacia la muerte.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo principal, determinar la relación entre inteligencia emocional y las actitudes hacia la muerte en los adultos mayores del Distrito de José Luis Bustamante y Rivero, a continuación, se discuten los resultados encontrados.

Se encontró que la mayoría de adultos mayores posee un nivel alto de inteligencia emocional, sobre todo en los indicadores de claridad y reparación emocional, lo cual evidencia que ellos tienen la capacidad de controlar, regular sus propios estados emocionales para dar respuestas adecuadas a diferentes situaciones esto estaría asociado al aprendizaje y la experiencia que van adquiriendo a lo largo de toda su vida sin embargo no todos los adultos mayores emplean estrategias de regulación adecuadas que les permitan expresar sus emociones sin miedo a críticas optando por estrategias pasivas con el fin de estar bien con los demás. Asimismo, es más fácil que reconozcan emociones de signo negativo como es la tristeza y el miedo.

Nuestros resultados coinciden con la investigación realizada por López, Chesta y Veliz (2012), quienes hallaron que los adultos mayores pertenecientes a una asociación de jubilados de la

ciudad de Temuco, Chile poseían un adecuado nivel de inteligencia emocional independientemente de su edad, sexo, nivel educativo, sin embargo, en la dimensión comprensión emocional los hombres presentan una media más alta y estadísticamente significativa respecto a las mujeres.

Paredes y Vidaurre (2016), realizaron un estudio con adultos mayores de una asociación de jubilados del Distrito de Tumbán, Lambayeque encontrando que el nivel predominante de inteligencia emocional fue el nivel medio seguido del nivel alto, no se encontró inteligencia emocional con un nivel bajo.

Sin embargo al comparar los resultados hallados por Ballón y Montesinos (2012), nos menciona que encontraron niveles predominantemente bajos de coeficiente emocional, estas diferencias entre los resultados de Ballón y Montesinos con los del presente estudio se pueden deber a características particulares de la muestra, que fue conformada por adultos mayores que asisten a las diferentes asociaciones que integran el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, siendo su participación de forma voluntaria, los horarios son establecidos tanto en la mañana y en la tarde según las necesidades de cada asociación, sin embargo la muestra de Ballón et al. (2012) son adultos mayores de asilos, quienes están permanentemente dentro de las instituciones, por lo cual esta característica puede influir en la capacidad emocional que requiere de mayor investigación.

Si bien es cierto muchos de los adultos mayores se enfrentan a una serie de conflictos intergeneracionales como la pérdida del cónyuge, jubilación, entre otros, ellos buscan seguir siendo parte de un esquema social es ahí donde acuden a los Centros Integrales de Atención del Adulto Mayor (CIAM) para seguir inmersos en grupos donde encuentran la compañía de sus congéneres que atraviesan por situaciones similares, sintiéndose integrados además reciben un servicio multidisciplinario que responde a algunas de sus necesidades como es desempeñar un

rol social activo. Asimismo, Gonzáles de Gago (2010) daba importancia a las actividades sociales que juegan un rol de “amortiguador” para atenuar el trauma de la pérdida de roles más importantes. Ellas promueven en el individuo que envejece, la reconstrucción de su propia imagen que ha sido deteriorada por las mismas pérdidas.

A su vez, los resultados del presente estudio apoyan lo mencionado por Sabater (2018), que refiere que los adultos mayores poseen una inteligencia emocional de media a alta evidenciándose a partir de los 60 años, donde valoran las relaciones sociales, aprecian el presente, recosen los sentimientos propios y ajenos, regulan sus emociones para ajustarse a cada situación y evalúan su entorno de forma más positiva para tener una visión optimista de su realidad.

En cuanto a la variable inteligencia emocional general según sexo no se hallaron diferencias significativas en cambio sí se encontraron diferencias significativas con respecto al nivel educativo ($\chi^2=41.808$; $p<.001$). donde se evidencia que mientras los adultos mayores han logrado mayores niveles de estudio presentan un nivel alto de inteligencia emocional, por lo cual el aprendizaje y la experiencia acumulada a lo largo de los años influye en el control y manejo de emociones. Los resultados parecen apoyar la idea de la maduración emocional asociada al envejecimiento, por lo que la historia de vida y de aprendizaje proporciona mayor capacidad acumulada en el adulto mayor para ejercer un mayor y mejor control, expresión y resignificación emocional (Lawton y cols. 1992).

La mayoría de los adultos mayores de nuestra muestra tienen un nivel de instrucción superior que les ha permitido conocer distintos campos a lo largo de su vida donde han podido interactuar con distintas personas, que tienen diferentes creencias, costumbres, hábitos, distintos temperamentos, entre otros; todo ello le permite al adulto mayor adquirir esa madurez emocional a través de su experiencia y aprendizajes previos que no necesariamente son de carácter

instruccional. Es importante hacer hincapié en que los adultos mayores se han formado con distintas normas, patrones de conducta, estereotipos muy marcados de acuerdo a los roles que deben cumplir en la sociedad que han plasmado en ellos valores, costumbres y formas de pensar. En cuanto a la variable actitudes hacia la muerte predominó una actitud de indiferencia hacia la muerte, no se halló diferencias significativas en cuanto al sexo y nivel educativo. es decir que tanto varones y mujeres independientemente de su nivel de instrucción evitan referirse a la muerte pues despierta en ellos angustia, miedo, tristeza debido a que algunos han tenido experiencias doloras con la muerte del cónyuge, hijos, familiares o amigos de ahí consideran a la muerte como un suceso injusto que trae dolor, sufrimiento cuando esta se lleva a personas que todavía tenían cosas pendientes en vida.

Se encontraron resultados similares al estudio realizado por Monroy y Solis (2000) en donde se encontró que los senectos pertenecientes a los asilos del Arzobispado y la Beneficencia de Arequipa muestran una actitud de indiferencia hacia la muerte. Asimismo, en el estudio realizado por Gutiérrez y Torres (2016), los resultados indican que la actitud que predominó en los adultos mayores es de indiferencia.

Esto puede deberse a que cuando se habla de muerte surgen dos variables importantes una relacionada con los miedos ante esta y la otra las actitudes que asume el adulto mayor ante este hecho que al ser un proceso desconocido y a no saber con certeza que sucede después de esta, genera en cada uno de ellos diversos temores o miedos, orientados principalmente al más allá, al juicio de Dios, a dejar sus seres queridos, pero sobre todo el miedo es afrontar a la agonía o dolores que pueda enfrentar (Viguera, 2005).

Gala y col. (2002) menciona que sentimos miedo al hablar de nuestra propia muerte y tratamos de evitar el tema debido a que experimentamos miedo a lo desconocido, a que pasará con nuestros familiares y el miedo a que la vida que se ha vivido no haya tenido ningún significado.

Muchos de los adultos mayores no han cerrado situaciones pendientes consigo mismos, con los demás y con la vida es por ello que evitan tener una postura determinada respecto a la muerte, el no aceptar la propia muerte y el evitar aceptarlo como un evento próximo podría evidenciarse conductas evitativas de ansiedad y miedo.

Puede estar relacionado con la crisis planteado por Erikson (2000) afirma que en la vejez se manifiesta la crisis denominada Integridad del Yo vs Desesperación, la integridad lleva a que la persona en su adultez mayor se sienta conforme y satisfecha con la manera en que vivió su vida, encontrándole sentido, lo que lleva afrontar la muerte sin miedo y aceptándola como una entre muchas facetas de la propia existencia esta permite darle a su vida un cierre apropiado y desarrollar la “sabiduría”. Sin embargo, si ocurriera todo lo contrario la “negación” el individuo experimentaría desesperación y fracaso, debido a que perciben que desperdiciaron oportunidades en su vida y que debió haber vivido de manera diferente; no aceptando el final, no sintiéndose preparados para morir.

Si bien es cierto la muerte es de todas las certezas la más absoluta, pero cuando hablamos de nuestra propia muerte, nos genera más ansiedad el proceso de morir y no la muerte en sí misma, despertando en nosotros angustia el solo hecho de imaginarla ya se convierte en un problema es por ellos que muchos adultos mayores no han tomado una postura definida en aceptar o rechazar la muerte.

Finalmente, en la relación entre inteligencia emocional y las actitudes hacia la muerte, se halló que existe relación directamente proporcional entre nuestras variables, lo que indica que un mayor nivel de inteligencia emocional está asociado a una actitud de aceptación hacia la muerte. Las personas mayores necesitan estar preparadas para diversas situaciones que se les presenten entre una de ellas está la muerte, en esta área no solo los rasgos propios de la personalidad

juegan un papel primordial sino también las capacidades emocionales que le permitan afrontar y aceptar la muerte como un evento próximo.

Así como lo menciona Sabater (2018), un buen manejo del mundo emocional reduce en el adulto mayor el estrés, depresión, y puede hacerle frente a los retos cotidianos que se le presenten; favorece la empatía, la regulación emocional, las habilidades sociales, lo que favorecería de forma notable el propio proceso de envejecimiento; de ahí la importancia de la inteligencia emocional en los adultos mayores como clave y motor para generar una tercera edad más vital, integrada en la propia sociedad y más feliz.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

PRIMERA: La mayoría de los adultos mayores posee un nivel alto de inteligencia emocional independientemente de su sexo, no se evidencian diferencias significativas entre varones y mujeres en dicha variable ni en sus indicadores.

SEGUNDA: La mayoría de los adultos mayores presenta una actitud de indiferencia hacia la muerte, evitando hablar del tema, debido a que les genera angustia, miedo, tristeza y preocupación, seguida de adultos mayores que tienen una actitud de aceptación en donde ven a la muerte como parte del proceso de la vida misma y en menor proporción están los adultos mayores que presentan rechazo hacia la muerte.

TERCERA: Existe una relación estadísticamente significativa entre la inteligencia emocional y el nivel educativo de los adultos mayores, es decir que a mayor nivel de instrucción mayor nivel de inteligencia emocional.

CUARTA: No se hallaron diferencias significativas en cuanto al sexo y nivel de educativo para la variable actitudes hacia la muerte, podemos decir que independientemente de su sexo y nivel educativo los adultos mayores presentan una actitud de indiferencia hacia la muerte.

QUINTA: Existe una relación positiva débil entre inteligencia emocional y las actitudes hacia la muerte, lo que indica que un mayor nivel de inteligencia emocional está asociado a una actitud de aceptación hacia la muerte.

RECOMENDACIONES

Realizar la creación y/o adaptación de nuevos instrumentos de evaluación para los adultos mayores, en el ámbito afectivo, pues actualmente hay pocos instrumentos que permitan conocer cómo se encuentran emocionalmente nuestros adultos mayores, con lo cual podemos intervenir de manera oportuna si se diera el caso.

Realizar posteriores investigaciones con una población más amplia y con un enfoque cualitativo, para fomentar un mayor conocimiento del adulto mayor sobre todo en su esfera emocional, que permita conocer más a fondo la realidad por la que atraviesan nuestros adultos mayores, lo que contribuirá a orientar un cambio en la sociedad respecto al trato que se le brinda al adulto mayor.

Realizar campañas de sensibilización con los adultos mayores y familiares, mediante talleres sobre la importancia del manejo de las emociones, revalorización de la sabiduría, experiencia y conocimiento que tienen los mismos y también las actitudes hacia la muerte logrando en el adulto mayor aceptación de la muerte como parte del proceso de la vida misma.

Capacitar al personal que integran los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor en temas de asociados a un envejecimiento saludable tanto a nivel físico, psicológico y espiritual lo cual permitirá brindar un servicio humano y de calidad que le permita satisfacer las necesidades de los adultos mayores.

Implementar programas de educación emocional para los adultos mayores a través de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor que están a cargo de las diferentes municipalidades, debido a que muchos adultos mayores todavía presentan falencias en el reconocimiento y regulación de sus emociones, trabajando tanto a nivel personal, familiar y grupal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (2010). APA. Diccionario conciso de Psicología. México: Editorial El Manual Moderno.
- Ballón, M. y Montesinos, L. (2012). *Inteligencia Emocional en Adultos Mayores de Asilos Públicos e Instituciones Privadas de Arequipa*. (Tesis de pregrado) Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Barraza, M. y Ungara, R. (s.f.). Reflexiones de una vida: Guía de orientación para familiares y amigos del adulto mayor en su fase terminal. Recuperado de http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_reflexiones_de_una_vida.pdf?fbclid=IwAR2qUG9IKSfLYB1J1gSvPwDIWqapLvavzwyXZWfhY0hsjWi3lwU3zC_JBrQ
- Bisquerra, R. (2000). Educación emocional y bienestar. Barcelona: Praxis S. A.
- Bolívar, A. (1995). La educación de valores y actitudes, España: Grupo Anaya S.A.
- Ceballos, G. (2013). *La muerte en el anciano*. (Tesina). Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. Recuperado de <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/149%20La%20muerte.pdf>
- Chahín, P. y Libia (2011). El proceso de envejecimiento desde la neurociencia cognitiva. *Revista Electrónica de Psicología Social*. N° 22., Recuperado de: <file:///C:/Users/1INTERNET/Downloads/205-859-1-PB.pdf>.
- Diario El Peruano (2016). Normas legales. Derechos de la persona adulta mayor y deberes de la familia y del estado. Publicado el 21 de julio de 2016. Lima: Perú.
- Erikson, E. (2000). El ciclo vital completado. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Espinosa, M. (2010). *El adulto mayor no es sinónimo de muerte; aún vive*. (Tesina) México: Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A. C. Recuperado de <http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/17%20El%20adulto%20mayor%20no%20es%20sinonimo.pdf>
- Fernández, R. (2004). La psicología de la vejez. Catedrática de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado

<http://www.encuentrosmultidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>

- Fernández, R. (Junio, 2005). “La gente mayor tiene menos sentimientos negativos que los Jóvenes”. *Revista Setenta y más*, 14 (1), 14-17.
- Freud, S. (1918). Reflexiones entre la guerra y la muerte en: Tomo XIV Obras Completas. Buenos Aires: Ediciones Amorrortu.
- Fry. (1992). Vejez: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales (2a ed.). Córdoba: Editorial Brujas.
- Gala, y col. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn30/original4.pdf>
- Goleman, D. (1998). La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona, España: Editorial Kairos.
- Goleman, D. (2012). Inteligencia emocional. Barcelona: Editorial Kairos.
- Gonzales de Gago, J. (2010). Teorías de envejecimiento. *Revista Tribuna del Investigador*, 11 (1-2), 42-46. Recuperado de: <https://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/art-13/>
- Gutierrez, R. y Torres, B. (2016). *Calidad de vida y actitudes hacia la muerte en los adultos mayores de la micro-red 15 de agosto de Paucarpata, Arequipa-2015*. (Tesis de pregrado) Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación (5ta. ed.). D.F., México: McGraw Hill Editorial.
- Hernández, R., Iniestra, A. y Martínez, R. (2015). *Sufrimiento en el adulto mayor: causas y soluciones. Un análisis por sexo*. (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Estado de México.

- Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: Editorial Mc Graw-Hill.
- INEI. (2018). Situación de la población adulta mayor. Enero, febrero y marzo 2018. Perú. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf
- Kubler Ross, E. (1994). Sobre la muerte y los moribundos. Recuperado de <http://bibliotecaparaalapersonaepimeleia.com/greenstone/collect/libros1/index/assoc/HASH07f6.dir/doc.pdf>.
- Lawton, P., Kleban, H., Rajagopal, D., y Dean, J. (1992). Dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology and Aging*, (7), 171-184. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1610505>
- Limonero, J. (1994). Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4753/rcb1de1.pdf;jsessionid=8C57A4F76AE57A45CFE9BE845AF594E4?sequence=1>.
- López, N., Chesta, S. y Véliz, A. (2012). Inteligencia emocional en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Temuco, Chile. *Revista Científica de Educación*. 67-82. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/282610478_Inteligencia_emocional_en_Adultos_Mayores
- Matthias, K., Theodor, J. y Louise, P.H. (2007). Emotional development across adulthood: Differential age-related emotional reactivity and emotion regulation in a negative mood induction procedure. *International Journal of Aging & Human Development*, 64 (3), 217-244. Recuperado de <https://doi.org/10.2190/U48Q-0063-3318-1175>
- Monroy, Y. y Solis, L. (2000). *Actitudes hacia la muerte en senectos institucionalizados en los asilos del arzobispado y la beneficencia de Arequipa*. (Tesis de pregrado) Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Morales, J. (1995). *Psicología social*. Madrid, España. Editorial Mc Graw-Hill.

- Motte, C. y Muñoz, J. (2006). Envejecimiento social. Madrid: Editorial Pirámide.
- Muñoz, T. Motte, J. (2002). Psicología del envejecimiento. Granada: Editorial Pirámide.
- Myers, G. (2003) Psicología social. Colombia. 6ta edición. Editorial Mc Graw-Hill.
- Olvera, M. y Sabino, O. (2007). Un marco de análisis sociológico de los miedos modernos: vejez, enfermedad y muerte. *Revista Sociológica*, 22(64), 119-149.
- OMS. (2013). La adultez mayor. Recuperado de https://www.academia.edu/3746870/LA_ADULTEZ_MAYOR
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2004). Desarrollo humano. México. 6ta edición. Editorial Mc Graw-Hill.
- Paredes, J. y Vidaurre, M. (2016). *Inteligencia emocional y calidad de vida en adultos mayores de una asociación de jubilados del distrito de Tumán-2016*. (Tesis de pregrado) Universidad Señor de Sipán. Recuperado de http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/3197/PAREDES_CARMEN_JULLIAN_A_GERALDINE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Patitó, J. (2000). Medicina legal. Argentina, Buenos Aires. Ediciones Centro Norte.
- Pérez, C., Molero, J., Osorio, J. y Mercader, I. (2014). Propuesta de intervención cognitiva en personas mayores: programa de estimulación cognitiva e inteligencia emocional para mayores. *INFAD Revista de psicología*. Volumen 1. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/3498/349851780048/>
- Philips, D. (1997). Desarrollo Humano. México. Ed. Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Pochintesta, P. (2010). Las emociones en el envejecimiento y el miedo ante la muerte. *Revista del instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA*, 15 (1), 117-140. Recuperado de http://www.antropologiadelasubjetividad.com/images/trabajos/paula_pochintesta.pdf
- Quintanilla, M. (2000). Causas y consecuencias del envejecimiento; en enfermería geriátrica: cuidados integrales en el anciano. Barcelona: Mons.

- Ramos, E., Meza, C., Maldonado, H., Ortega, M. y Hernández, P. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, N° 11. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Repetto, E. (2009). Formación en competencias socioemocionales. Madrid: Editorial La Muralla.
- Rodrigues, A. (1987). Psicología social. México. 2ª edición. Editorial Trillas.
- Rubio, R. (1990). Vivencias psíquicas de la muerte a través del ciclo vital. Madrid, *communio*, XXIII.
- Sabater, V. (2018). *La inteligencia emocional en las personas mayores. La mente es maravillosa* Recuperado de <https://lamenteesmaravillosa.com/la-inteligencia-emocional-en-las-personas-mayores/>
- Salovey, P. & Mayer, D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality. Science and Education*. 9(3), 185-211. Recuperado de 2018, de: <http://www.sciepub.com/reference/13078>
- Sánchez, M. y Salas, V. (2015). *Actitud ante la muerte y el proceso de morir propio y el de los demás*. (Tesina) México: Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. Recuperado de <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/286%20actitud.pdf>
- Sierra, C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar E Subjetividade - Fortaleza*, 3(1), 10-59. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>
- Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia. (s.f.). *La triada trágica*. Recuperado de <http://www.logoterapia.com.mx/logoterapia/logoterapia-viktor-e-frankl/triada-tr%C3%A1gica>
- Ugarriza, N. (2001). La evaluación de la inteligencia emocional a través del Inventario de Bar-On (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118178005>

- Uribe, R., Valderrama, O. y López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Revista Pensamiento Psicológico*. 3 (8), 109-120 Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/801/801310809.pdf>
- Urrutia, A. y Villarraga, C. (2010). *Una vejez emocionalmente inteligente: retos y desafíos*, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, marzo. Recuperado de www.eumed.net/rev/cccss/07/uavg.htm
- Vallés, A. y Vallés, C. (2000). Inteligencia emocional. Aplicaciones educativas. Madrid: EOS.
- Viguera, V. (2005). *Los miedos en los adultos mayores*. Recuperado de [http://www.isalud.org/htm/pdf/pdfLazos/212LOS%MIEDOS%20EN%20LOS%](http://www.isalud.org/htm/pdf/pdfLazos/212LOS%MIEDOS%20EN%20LOS%20)
- Yuste, N., Rubio, R. y Aleixandre, M. (2004). Introducción a la psicogerontología. Madrid, ediciones Pirámide.

ANEXOS

ANEXO 1: Solicitud de aplicación Centro Integral de
Atención al Adulto Mayor

ANEXO 2: Consentimiento informado

ANEXO 3: Trait Meta-Mood Scale -TMMS-24

ANEXO 4: Validez y confiabilidad

ANEXO 5: Escala de actitudes hacia la muerte

ANEXO N°1
SOLICITUD AL CIAM

 **UNSA**
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

Escuela Profesional de Psicología

"AÑO DEL DIÁLOGO Y RECONCILIACIÓN NACIONAL"



Arequipa, 2018 setiembre 26

OFICIO N° 567 -2018-EP.PS.

SEÑOR:
Ing. Ronald Ibáñez Barreda
ALCALDE DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO
ATTE: GERENCIA DE PROMOCIÓN SOCIAL
PRESENTE

De mi especial consideración:

Por el presente le saludo cordialmente para manifestarle que nuestros egresados de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín que se detalla a continuación, se encuentran realizando el trabajo de tesis "INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ACTITUDES HACIA LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES" para obtener el título profesional de Psicólogas, por lo que nos dirigimos a su despacho para solicitar su valioso apoyo en disponer a quien corresponda les brinde las facilidades necesarias, para la aplicación de cuestionarios. Los indicados estudiantes están asesoradas por el docente, Dr. Ángel Roldán Humpire.

- MIRIAM JUDITH ARAPA MAMANI
- YOSELYN ARCE LARICO

Agradeciendo su gentil atención al presente, hago propicia la ocasión para expresar a usted las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente,



Dr. Edwin Valdivia Carpio
Director
Escuela Profesional de Psicología



Dr. Ángel Roldán Humpire
Asesor de tesis



Avenida Venezuela s/n. Arequipa - Perú Teléfono: 477888

ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad Nacional de San Agustín, Escuela Profesional de Psicología

Investigadoras: Miriam Judith Arapa Mamani y Yoselyn Arce Larico

Título: Inteligencia Emocional y Actitudes Hacia la Muerte en el Adulto Mayor.

Lo estamos invitando a participar en la investigación con motivo a obtener el grado profesional de Psicólogas.

Propósito del Estudio: Determinar la relación entre inteligencia emocional y actitudes hacia la muerte en adultos mayores.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se llevarán a cabo los siguientes puntos:

1. Deberá llenar sus datos.
2. Participará una evaluación psicométrica
3. Deberá responder a las preguntas que encontrará en las escalas de medición, se pide honestidad y seriedad al responder dichas preguntas.

Riesgos: No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación.

Beneficios: De desearlo Ud. se le informará de manera personal y confidencial de los resultados que se obtengan de la investigación realizada.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Nota: Podrá solicitar sus resultados de manera personal a los siguientes correos: alayoselyn@gmail.com y miriamjuditharapa@gmail.com

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Firma del participante

ANEXO N° 3

TMMS-24

Nombres y apellidos: _____

Edad: _____ Estado civil: _____ Grado académico: _____

Lea atentamente cada frase e indique, por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a la misma. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas ni malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

N°	ITEM	RESPUESTA				
		1	2	3	4	5
1.	Presto mucha atención a los sentimientos.					
2.	Normalmente me preocupo por lo que siento.					
3.	Normalmente dedico mi tiempo a pensar en mis emociones.					
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estados de ánimo.					
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.					
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.					
7.	A menudo pienso en mis sentimientos					
8.	Presto mucha atención a como me siento					
9.	Tengo claros mis sentimientos					
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos					
11.	Casi siempre se cómo me siento					
12.	Normalmente conozco mis sentimientos en diferentes situaciones					

13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones					
14.	Siempre puedo decir cómo me siento					
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones					
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos					
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista					
18.	Aunque me sienta mal. Procuro pensar en cosas agradables					
19.	Cuando estoy triste pienso en todos los placeres de la vida					
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal					
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trata de calmarse					
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo					
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz					
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.					

ANEXO N°4

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

VALIDEZ ÍTEM-TEST DE TMMS-24

Paredes & Vidaurre (2016)

ÍTEM	PEARSON	SIG.	ÍTEM	PEARSON	SIG.
1	,238**	.009	13	,502**	.000
2	,244**	.007	14	,479**	.000
3	,342**	.000	15	,534**	.000
4	,416**	.000	16	,585**	.000
5	,225*	.013	17	,455**	.000
6	,460**	.000	18	,430**	.000
7	,504**	.000	19	,347**	.000
8	,452**	.000	20	,559**	.000
9	,368**	.000	21	,607**	.000
10	,362**	.000	22	,601**	.000
11	,387**	.000	23	,660**	.000
12	,395**	.000	24	,585**	.000

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

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

Validez de constructo por medio del método ítem-test aplicando el coeficiente de correlación de Pearson, cuyos índices de relación son aceptables y con una significancia de $p < 0.05$ y $p < 0.01$.

CONFIABILIDAD DEL TMMS-24

Confiabilidad de la escala general y de las dimensiones del TMMS-24

	TMMS-24	ATENCIÓN	CLARIDAD	REPARACIÓN
Alfa	0,829	0,617	0,711	0,774
Paralelo	0,829	0,617	0,711	0,774
N	120	120	120	120

Como se muestra en la tabla, tanto el coeficiente de consistencia interna aplicando el coeficiente Alfa de Cronbach, y el coeficiente de equivalencia mediante formas paralelas muestran índices semejantes uno con el otro, tanto en la escala general como en cada una de las dimensiones. Según estos datos, el TMMS-24 es confiable con una magnitud de 0,829.

ANEXO N°5

ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE

NOMBRE:.....

EDAD:.....**FECHA:**.../.../.....

INSTRUCCIONES: A continuación, se le presentara una serie de proposiciones sobre la muerte, se trata de que Ud. marque con una (X) aspa en la posibilidad de su respuesta que crea conveniente, la manera de hacerlo es la siguiente:

- Totalmente de acuerdo : TA
- De Acuerdo : DA
- Indiferente : I
- En desacuerdo : D
- Totalmente en desacuerdo : TD

N°	ITEMS	TA	DA	I	D	TD
1	Las personas que van a morir deben saber sobre su real estado de salud.					
2	Pensar en la muerte produce intranquilidad y tristeza.					
3	La muerte es un suceso injusto.					
4	En caso de una enfermedad incurable las personas tienen derecho a decidir cuando finaliza su experiencia.					
5	La presencia de familiares alrededor de las personas de mayor edad hace que pierdan el temor a la muerte.					
6	Las personas deberían vivir más tiempo para concluir con su misión en la vida.					
7	Las personas que no tienen familiares prefieren morir.					
8	Las personas que han tenido muchas limitaciones en la vida anhelan la muerte.					
9	Los problemas terminan para las personas que mueren.					
10	Las personas de mayor edad se encuentran mejor preparadas para la muerte.					
11	La satisfacción por la labor realizada en la vida facilita la aceptación de la muerte.					
12	Las personas acostumbradas a la soledad no le temen a la muerte.					
13	No saber lo que sucede después de la muerte provoca rechazo hacia ella.					
14	La muerte produce pena porque nos separa de nuestros seres queridos.					
15	El sufrimiento de la agonía hace que las personas sientan un intenso temor hacia la muerte.					
16	Las personas que aseguran económicamente a su familia esperan la muerte con tranquilidad.					

CASOS CLINICOS

- CASO 1: MIRIAM JUDITH ARAPA

MAMANI.

- CASO 2: YOSELYN ARCE LARICO

CASO 1

Presentado por Miriam Judith Arapa Mamani

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : S.V. O.
Sexo : Femenino
Edad : 14 Años
Fecha de nacimiento : 31/07/2004
Lugar de nacimiento : Arequipa
Nivel de escolaridad : 3ro de sec.
Religión: : No refiere
Procedencia : Arequipa
Ocupación actual : Estudiante
Informantes : Madre y paciente.
Fechas de entrevistas : 8, 15, 17 de octubre del 2018
Lugar de evaluación : Servicio Psicología
Examinadora : Miriam Judith Arapa Mamani
(Bachiller en psicología)

II. MOTIVO DE CONSULTA

La estudiante acude al servicio de Psicología en compañía de una amiga del colegio y refiere “quiero dejar de hacerme daño, me corto las muñecas y las piernas porque es la única manera en que puedo aliviar mi sufrimiento”, “mi madre intento suicidarse y fue por mi culpa, mis padres siempre discuten por mí”, presenta ideación suicida manifestando “se me ha pasado por la cabeza quitarme la vida para que ya dejen de discutir”, asimismo presenta problemas en su estado de ánimo “me siento triste, solo quiero llorar, quiero sentirme querida al menos una vez por mi madre”.

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Hace 4 años, cuando tenía 10 años de edad ocurrió un incidente en el colegio, dos de sus compañeros la encerraron en el baño, según la paciente para violarla, donde la auxiliar se percata del hecho y los lleva a dirección, cita a los padres de los estudiantes, la madre de

la adolescente pasa por alto este hecho y lo asume como una broma de sus compañeros. A partir de ese suceso ella empieza a aislarse de los demás y se junta con compañeras que practicaban el cutting comenzando por hacerse pequeños cortes en el antebrazo, sin embargo, deja de practicarlo a raíz de la expulsión de sus compañeras por mal comportamiento.

Cuando empieza a cursar el nivel secundario su madre intenta suicidarse debido a que el padre de la estudiante quería separarse por constantes discusiones, la estudiante presencia este hecho, donde su madre le manifiesta “prefiero morirme antes que perder a tu papá”. Las discusiones con su madre se hicieron más frecuentes por comentarios sobre su aspecto físico “estas toda flaca, porque no comes”, “porque no eres como tu hermana, ella si es una buena hija no como tú, solo tengo problemas gracias a ti”.

En segundo de secundaria tiene su primera relación sentimental con una persona de su mismo sexo, ella relata “encontré a la persona que me entendía y me demostraba afecto” sin embargo esta relación no duró mucho tiempo debido a que la otra persona decidió dar por terminada la relación al ser cambiada de colegio. A partir de lo sucedido ella vuelve hacerse cortes en el antebrazo de mayor profundidad y con mayor frecuencia; las discusiones en su casa con su madre se fueron incrementando, su madre le decía “estas toda flaca, porque no eres como tu hermana”, “mejor me hubieran dejado morir”.

Actualmente tiene un enamorado que también se autolesiona haciéndose cortes en las muñecas; conoce a una compañera de su salón, ambas practican el cutting pero a raíz de la muerte de la abuela de su amiga que afirma “ella era la única que nos entendía, nos quería y nos aceptaba” deciden buscar ayuda pues no encuentran alivio a su sufrimiento con el solo hecho de autolesionarse por ello deciden acudir al servicio de psicología.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

PERIODO DEL DESARROLLO

A. Etapa Pre-Natal: Embarazo o gestación

No fue una hija planificada, ni deseada por sus padres, sin embargo, ellos asumen la responsabilidad; durante el embarazo la madre tuvo los controles respectivos, presento los síntomas como son mareos, náuseas y vómitos sin embargo presentó algunos

desmayos, la mayor parte del embarazo la madre estuvo angustiada por las discusiones con su pareja. El embarazo tuvo una duración de 9 meses.

B. Etapa Natal: Parto

El parto fue cefálico, presentándose algunas complicaciones, ya que la niña tenía el cordón umbilical enredado en el cuello provocando sufrimiento fetal. Nació con un peso de 2.200 kg. Aprox., presentó una coloración morada, adoptando un color normal al pasar las horas, no refiere más datos.

Paciente recibe lactancia materna hasta los 9 meses y ablactancia de los 6 meses hasta el año y medio.

C. Etapa Pos-Natal

Primer año

La madre se ha dedicado a tiempo completo a sus dos hijas, pero según la adolescente su madre sentía especial consideración por su hermana mayor, a ambas le enseñó actividades como comer, caminar, ir al baño y hábitos de higiene, sin embargo, su padre se dedicaba mayormente al trabajo.

Fue una niña cariñosa, alegre, siempre quería jugar con su hermana sin embargo ella no le prestaba interés y esta situación continuó hasta que crecieron.

Desarrollo psicomotor

Madre refiere que tuvo un desarrollo normal caminando y pronunciando sus primeras palabras cerca al primer año de vida. Actualmente tiene una buena coordinación motora con un predominio lateral derecho.

En cuanto al control de esfínteres, se dio dentro de la edad adecuada, algunas veces se orinaba en la cama.

Rasgos neuropsíquicos

De pequeña lloraba cuando su hermana o su madre no le prestaban atención y en algunas ocasiones presentó rabietas al no conseguir lo que quería.

D. Etapa Pre Escolar y Escolar

Empezó a estudiar a la edad de 5 años en la cuna de una Institución Educativa Pública se adaptó fácilmente a sus compañeros y maestra, demandaba atención de su hermana; continuó en la misma institución educativa sus estudios primarios y secundarios. En la primaria seguía siendo sociable, participaba en juegos, buscaba hacer más amigos, sin embargo, algunos de sus compañeros le hacían bromas sobre su contextura física, su rendimiento era promedio y es en quinto de primaria donde sufre el intento de violación por parte de dos compañeros a partir de ese suceso se aísla de compañeros, hermana y madre, empieza hacerse cortes y baja su rendimiento escolar.

Cuando empieza a cursar el nivel secundario presencia el intento de suicidio de su madre, las discusiones entre ellas son más constantes, se hace más recurrente los cortes en las manos y piernas, tiene su primera relación sentimental con una persona de su mismo sexo. Actualmente tiene enamorado y una amiga con los cuales practican el cutting, se siente culpable del intento de suicidio de su madre, de las discusiones en su hogar, no cuenta con hábitos de estudio, ni motivación, su rendimiento ha disminuido, desaprobando 5 cursos y dedica la mayor parte del tiempo a pensar en los problemas con su madre y en sentirse querida.

E. Desarrollo y Función Sexual

La adolescente se identifica como mujer de preferencia bisexual, la primera información relacionada a la sexualidad la recibió en el colegio.

Tuvo una relación sentimental con una persona de su mismo sexo. Actualmente tiene una relación con un compañero de otro salón con él se siente aceptada, querida y comprendida.

Aspecto Psicosexual

Su menarquia fue a los 12 años con un régimen catamenial de cada 28 a 30 días con una duración de tres días.

Su primer enamorado lo tuvo a la edad de 12 años y fue una persona de su mismo sexo refiriendo que encontró el afecto y la comprensión en ella sin embargo la relación no dura porque ella se cambia de colegio. Siente la necesidad de tener a una persona a su

lado que le brinde afecto, actualmente lleva una relación con una persona del sexo opuesto, refiriendo “no puedo estar sola, me tengo que sentir querida”. No se ha iniciado sexualmente.

F. HISTORIA DE LA RECREACION Y DE LA VIDA

De niña fue extrovertida, jugaba con amigos del colegio, siempre trataba de llamar la atención de su hermana mayor y era muy cariñosa con su madre, pero ella no mostraba interés en jugar, ni pasar tiempo con su hija. Cuando se dio el intento de violación ella cambia radicalmente ya no quería estar cerca a su madre o hermana, se fue aislando, ya no jugaba con sus compañeros, se volvió engreída y solo quería la compañía de su padre.

Le gusta la música del Kpop, no práctica ningún deporte, no tiene redes sociales ni celular.

G. ACTIVIDAD LABORAL

No ayuda en el trabajo doméstico, su madre se encarga de toda la responsabilidad del hogar.

H. RELIGIÓN: No refiere.

I. HÁBITOS E INFLUENCIAS NOCIVAS O TOXICAS

a. Alimentación

No tiene mucho apetito, prefiere comer en el colegio en lugar de su casa.

b. Sueño

Duerme sus 8 horas al día, comparte la habitación con su hermana mayor, no presenta pesadillas.

c. Sustancias Tóxicas

No ha probado alcohol, cigarro o drogas.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

a. Enfermedades y Accidentes

Presento sufrimiento fetal al momento de nacer porque el cordón umbilical estaba enredado en su cuello.

b. Personalidad Premórbida

De niña era extrovertida, tenía muchos amigos, siempre quería llamar la atención de su hermana sin embargo ella siempre la ignoraba y se alejaba. asimismo, era muy cariñosa con todas las personas hasta la edad de 10 años cuando paso el incidente de violación a partir de ese día se aleja de madre y hermana porque ellas no le prestaron importancia al hecho y lo asumieron como una broma de sus compañeros. Se aísla de sus compañeros de aula y solo se apega a su padre, se vuelve engreída y hacia constantes berrinches.

Presenta un bajo rendimiento escolar desaprobando cinco cursos. Durante la adolescencia la madre refiere que “persiste introvertida, no ayuda en ninguna tarea domestica del hogar haciendo conductas infantiles (imita la voz de una niña, hace berrinches cuando no consigue las cosas que quiere, te saca la lengua)”;

solo tiene una amiga y su enamorado ambos están en la misma institución educativa, provienen de familias disfuncionales y practican el cutting.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES

A. Composición

La adolescente vive con su padre, su madre y hermana mayor. Su padre actualmente tiene 52 años, es evangélico y trabaja como albañil.

Su madre tiene 51 años se dedica enteramente a los quehaceres del hogar y tiene constantes dolores de cabeza, en una oportunidad intento suicidarse tomando pastillas y fue llevada por su esposo al hospital; su hermana tiene 20 años actualmente está cursando la Universidad.

B. Dinámica familiar

La relación con su padre es distante debido a que él se dedica enteramente a su trabajo como albañil y a la iglesia, deja la responsabilidad del hogar y la crianza de las hijas a su esposa, cuando sucede una situación desagradable tiende a echar la culpa a su esposa y se dan las discusiones llegando a usar fuertes calificativos como “no sirves, que haces que no te dedicas a tus hijas”, lo cual ha generado que la adolescente no quiere pasar

tiempo en el hogar. El padre afirma que todos los problemas se solucionarían si la adolescente va a hablar con el pastor.

La madre es la encargada de la educación y cuidado de las hijas sin embargo hace distinciones entre ambas, en una oportunidad la madre tras una discusión con su pareja intenta quitarse la vida en frente de la adolescente generando en ella sentimientos de culpa, las discusiones entre madre e hija son recurrentes. La relación con su hermana es distante, tanto la madre como su hermana mayor consideran que los cortes que se realiza la adolescente son actos para llamar la atención y de rebeldía.

C. Condición Socio-Económica

Actualmente el padre es quien mantiene económicamente el hogar y eventualmente la madre trabaja en campañas escolares, las condiciones en las que vive son óptimas, su casa cuenta con todos los servicios básicos como agua, luz, desagüe, internet, entre otros. Su vivienda es de material noble.

D. Antecedentes familiares patológicos

No refiere ningún antecedente.

VII. RESUMEN

Adolescente no fue planificada ni deseada por sus padres, es la menor de dos hijas y actualmente vive con ambos padres y hermana. Durante la etapa de gestación hubo constantes discusiones entre sus padres por lo que la madre estuvo en constante angustia e inestabilidad emocional, el parto fue cefálico naciendo a los 9 meses, hubo sufrimiento fetal por tener el cordón umbilical enredado en el cuello, presentando una coloración morada al momento de nacer y adoptando un color normal al pasar las horas, con un peso aproximado de 2.200 kg.

Empezó a estudiar a la edad de 5 años, de niña siempre se mostraba cariñosa, sociable con sus compañeros, aplicada a los estudios y trataba de llamar la atención de su hermana mayor sin embargo ella se mostraba indiferente. A la edad de 10 años sufre un intento de violación por parte dos compañeros, hecho que es frustrado por la auxiliar del colegio, la madre de la adolescente toma el suceso como una broma de sus compañeros sin embargo

a partir de lo sucedido se vuelve una niña introvertida, se aleja de sus compañeros, madre y hermana; empezando a practicar el cutting haciéndose pequeños cortes en el antebrazo. Cuando empieza a cursar el nivel secundario su madre intenta suicidarse tomando una gran cantidad de pastillas, debido a que el padre de la adolescente decide dar por terminada la relación por sus constantes discusiones hecho que es presenciado por la adolescente, la madre la culpa por este evento, por las peleas en el hogar, constantemente hace comparaciones entre las hijas, la relación con su padre es distante debido a que él se enfoca enteramente en el trabajo y la iglesia, da toda la responsabilidad de la crianza a la madre; todos los miembros de su familia saben que la adolescente se autolesiona haciéndose cortes en brazos y piernas, pero lo ven como actos de rebeldía y para llamar la atención que asumen como propios de la adolescencia.

Por la misma época tiene su primera relación sentimental con una persona de su mismo sexo afirmando que encontró afecto y la comprensión, pero esta relación no duró mucho tiempo debido a que su pareja es cambiada de colegio, los reclamos y discusiones con su madre se incrementan debido a estos sucesos la práctica del cutting se da con mayor intensidad y frecuencia.

Actualmente cursa tercero de secundaria, solo tiene una amiga en el colegio, no tiene redes sociales, ni celular, ambas permanecen alejadas de sus compañeros; este año ha iniciado una relación con un compañero de otro salón que también se autolesiona haciéndose cortes en el antebrazo, su rendimiento escolar a disminuido reprobando cinco cursos. Es a partir del fallecimiento de la abuela de su amiga que deciden buscar ayuda pues el solo hecho de cortarse ya no calma su sufrimiento y deciden acudir al servicio de psicología.

Arequipa, 24 de octubre de 2018

Miriam Judith Arapa Mamani
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: S.V. O.
Sexo	: Femenino
Edad	: 14 Años
Fecha de nacimiento	: 31/07/2004
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Nivel de escolaridad	: 3ro de sec.
Religión:	: No refiere
Procedencia	: Arequipa
Ocupación actual	: Estudiante
Informantes	: Paciente.
Fechas de evaluación	: 7, 15, 17 de octubre del 2018
Lugar de evaluación	: Servicio Psicología
Examinadora	: Miriam Judith Arapa Mamani (Bachiller en psicología)

II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

A. Apariencia general y actitud psicomotora.

Paciente de 14 años, no aparenta la edad referida parece de 12 años; de contextura delgada, con un peso de 45 kilos aprox. y una talla de 1.55 centímetros de altura, ojos y cabellos negros y su peinado cubre parte de su rostro. Se presentó aseada, con una postura encorvada y mirada esquiva.

Durante la entrevista sus movimientos fueron coordinados, su caminar es pausado, tiende a hablar cubriéndose la boca con la mano derecha, su expresión denota preocupación, angustia, y por momentos tiende a llorar cuando cuenta las discusiones con su madre.

B. Molestia general y manera de expresarla.

Paciente refiere: “me siento mal por los problemas con mi madre, no quiero seguir haciéndome daño, pero nadie entiende mi dolor”, denotando angustia, tristeza y preocupación al momento de decirlo.

C. Actitud hacia el examinador y hacia el examen.

Durante el desarrollo de la entrevista se mostró sollozante y angustiada, colaborando con las indicaciones dictadas en todo momento.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

A. Conciencia o Estado de Alerta

La adolescente se encontraba en estado de alerta sin embargo por momentos presentaba fluctuaciones en su estado de atención lo cual influyó en su comprensión, interpretación y respuesta a los estímulos, así como en su comportamiento.

B. Atención

Posee una capacidad de concentración adecuada, en el aula no presta atención se deja llevar por sus pensamientos recurrentes de culpabilidad.

C. Orientación

Se encuentra orientada en persona, espacio, lugar y tiempo, respondió a todas las preguntas formuladas de forma adecuada.

IV. LENGUAJE

Su lenguaje expresivo es claro y preciso de tono bajo pero perceptible, en cuanto a su lenguaje comprensivo se encuentra conservado respondiendo de manera adecuada a todas las preguntas.

V. PENSAMIENTO

Curso de pensamiento es normal pues mantiene una conversación coherente, sin embargo, en el contenido del pensamiento presenta ideas rumiantes como “tengo la culpa de lo que le pasa en mi casa”, asimismo hay ideación suicida, “se me ha pasado por la mente acabar con mi vida”.

VI. PERCEPCIÓN

No hay alteración en su percepción sensorial y no hay distorsión de la realidad, no presenta alucinaciones sin embargo ella se ve como el factor que desencadena todos los problemas en su hogar.

VII. MEMORIA

Su memoria tanto a corto y largo plazo se encuentran conservados, narra sin ninguna dificultad y con detalles los hechos del pasado y actuales, como los sucesos que le genera angustia y culpabilidad hechos que fueron confirmados por la madre.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

La paciente presenta conservada sus funciones intelectuales como son su capacidad de análisis, síntesis y abstracción, respondiendo a conocimientos básicos de cultura general y hechos actuales, sin embargo, cuando está en el salón no suele responder a las preguntas planteadas por los profesores pues se le vienen a la mente las ideas de culpabilidad lo cual afecta la resolución de los problemas, actualmente su rendimiento ha descendido desaprobando cinco cursos.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

La adolescente denota un ánimo decaído, cabizbaja y angustiada, se muestra sollozante cuando relata las discusiones con su madre, tiene comportamientos infantiles para agradar a las demás personas; surgiendo en ella cierta dependencia a las personas que le muestran afecto.

X. COMPRENSIÓN O GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA

La adolescente es consciente por la situación que está atravesando, dando a conocer que el motivo de su visita es porque quiere dejarse de hacerse daño ella misma, quiere mejorar, aprender a aceptarse y decide poner de su parte para lograrlo.

XI. RESUMEN

Paciente de 14 años no aparenta la edad referida parece de 12 años, de contextura delgada, de ojos y cabellos negros, se presentó aseada con aliño en su vestimenta, de postura encorvada, tono de voz bajo pero audible y mirada esquiva.

Durante la evaluación mostró cierta timidez, angustia y por momentos sollozante al relatar los problemas con su madre, su actitud en la entrevista fue colaboradora.

Se encuentra orientada en persona, espacio, lugar y tiempo, su expresión facial denota angustia, preocupación y tristeza, se encuentra vigilante ante los estímulos de su entorno.

En cuanto a su lenguaje expresivo es claro y preciso de tono bajo pero audible por momentos cubre su boca con la mano derecha al momento de hablar y su lenguaje comprensivo está conservado.

El curso de su pensamiento es coherente, sin embargo, hay contenido de ideación suicida e ideas rumiantes de culpabilidad hacia sí misma, la adolescente piensa que es la responsable de todos los problemas que se dan en su hogar y del intento de suicidio de su madre. Su memoria se encuentra conservada tanto a corto como largo plazo, y sus funciones intelectuales como son su capacidad de análisis, síntesis y abstracción, están conservados sin embargo cuando está en el salón se le viene a la mente las ideas de culpabilidad lo cual afecta la resolución de los problemas, repercutiendo en su rendimiento académico.

Se muestra con un ánimo decaído, cabizbaja, angustiada, sollozante, busca el afecto y atención de las personas, asimismo es consciente de la situación que atraviesa y desea mejorar.

Arequipa, 24 de octubre de 2018

Miriam Judith Arapa Mamani
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos	: S. V. O.
Edad	: 14 Años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 31/07/2004
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Nivel de instrucción	: 3ro de sec.
Religión	: No refiere
Procedencia	: Arequipa
Ocupación actual	: Estudiante
Informantes	: Paciente
Fecha de evaluación	: 28 y 30 de octubre del 2018
Lugar de evaluación	: Servicio Psicología
Examinadora	: Miriam Judith Arapa Mamani (Bachiller de Psicología)

II. OBSERVACIÓN GENERAL DE LA CONDUCTA:

Durante la evaluación la paciente se mostró colaboradora, mantiene una postura ligeramente encorvada, al inicio de la evaluación su rostro denotaba angustia, preocupación, leía de forma pausada cada uno de los ítems y al transcurrir el tiempo mostró interés en lo que hacía

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas:
 - Inventario Multifásico de la Personalidad MINI-MULT.
 - Test de La Figura Humana de Karen Machover.
 - Test de Matrices Progresivas de RAVEN.

- Escala de Zung de Depresión.

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A. INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINI-MULT.

a) Análisis cuantitativo

	L	F	K	HS 1+5K	D 2	Hi 3	Dp 4+4K	Pa 6	Pt 7+1k	Es 8+1k	Ma 9+2K
P.D.	1	5	4	8	13	18	9	5	14	11	4
P.E.	4	14	10	18	38	38	25	14	34	32	15
Añadir K				5			4		10	10	2
P. Corregi	4	14	10	23	38	38	29	14	44	42	17
Puntaje T	50	76	46	70	86	84	74	67	81	80	50

b) Análisis cualitativo

Combinaciones de las escalas: L (+/-) F (+) K (+/-)

Tiende a vivir de manera exagerada los problemas que se le presenten generándole una fuerte tensión hacia ella misma siendo muy autocrítica consigo misma.

La paciente muestra altos puntajes en las escalas de depresión, histeria y psicastenia, experimentando sentimientos de culpabilidad, generando pérdida de la motivación e interés hacia las diferentes actividades. Busca el cariño, aceptación y tolerancia de las personas adoptando conductas infantiles, generando a su vez dependencia a las personas que le muestran afecto y le genera frustración cuando no logra conseguirlo. Además, presenta constante angustia frente a las situaciones que atraviesa le dificulta la toma de decisiones.

B. TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER

a) Análisis cualitativo

Muestra rasgos de introversión, ansiedad, inseguridad, con sentimientos de inferioridad tratando de agradar a los demás adoptando conductas infantiles, encubriendo sus deficiencias personales y genera dependencia por las personas que le demuestran afecto. Solo acepta comentarios si va acorde con sus ideales, asimismo, presenta sentimientos de culpabilidad por las discusiones entre sus padres.

C. TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN

a) Análisis cuantitativo

Obtuvo un percentil de 51 que la ubica en un rango de término medio posiblemente superior al término medio.

b) Análisis cualitativo

Cuenta con buena capacidad para la resolución de problemas; sin embargo, cuando se le presentan problemas con carga emocional presenta dificultades en afrontarlos de igual manera tiene dificultades para adaptarse a su entorno.

D. ESCALA DE ZUNG DE DEPRESIÓN

a) Análisis cuantitativo

Obtuvo un puntaje directo de 53 lo que corresponde a un percentil de 66 ubicándola en una categoría de Depresión Moderada Intensa.

PUNTUACIÓN	NIVEL DE DEPRESIÓN
Menos de 50	Dentro de Límites Normales
50-59	Depresión Leve Moderada
60-69	Depresión Moderada Intensa
70 a más	Depresión Intensa

b) Análisis cualitativo

Presenta un ánimo depresivo, con pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de la fatigabilidad. Asimismo, indica una disminución de su nivel de

actividad, sentimientos de culpa, dificultad para la toma de decisiones, así como la pérdida de confianza en sí misma, que van acorde al relato que refiere la paciente durante la entrevista.

V. RESUMEN

En cuanto a su capacidad intelectual la adolescente obtuvo un percentil de 51 que la ubica en un rango de término medio, lo que indica que tiene una buena capacidad para la resolución de problemas de igual manera su capacidad de análisis, síntesis y abstracción se encuentran conservados sin embargo las ideas rumiantes de culpabilidad están dificultando la resolución y afrontamiento a los problemas lo cual repercute de manera negativa en su rendimiento académico desaprobando cinco cursos.

En relación a su personalidad, presenta puntuaciones elevadas en las escalas de depresión, histeria y psicastenia, mostrando rasgos de una personalidad introvertida, es insegura, ansiosa, tiene baja autoestima, experimenta sentimientos de culpabilidad e ideas de daño hacia ella misma por las constantes discusiones en su hogar y por el intento de suicidio de su madre, quien le reprocha constantemente por su apariencia física y la culpa por las discusiones con su padre. Presenta sentimientos de inferioridad por lo que adopta conductas infantiles para ser aceptada por las personas de su entorno en especial la de su madre.

Además, siempre está en busca de afecto y aceptación de las personas, tiene cambios de humor variable y muestra cierta dependencia hacia las personas que siente que la quieren, cuando no lo consigue experimenta una fuerte frustración que conlleva a autolesionarse haciéndose cortes en las manos y piernas. Todos los miembros de su familia saben que se autolesiona, pero lo asumen como un hecho de rebeldía. Asimismo, se ubica en una categoría de Depresión Moderada Intensa evidenciándose por la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de la fatigabilidad y los sentimientos de culpa se vivencian con mayor intensidad, dificultando la toma de decisiones y pérdida de confianza en sí misma.

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	: S.V. O.
Edad	: 14 Años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 31/07/2004
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Nivel de escolaridad	: 3ro de sec.
Religión	: No refiere
Procedencia	: Arequipa
Ocupación actual	: Estudiante
Informantes	: Madre, amiga y paciente
Fechas de evaluación	: 08, 15, 17, 25 y 30 de oct. 04 de nov. del 2018
Lugar de evaluación	: Servicio Psicología
Examinadora	: Miriam Judith Arapa Mamani (Bachiller en psicología)

II. MOTIVO DE CONSULTA

La estudiante acude al servicio de Psicología en compañía de una amiga del colegio y refiere “quiero dejar de hacerme daño, me corto las muñecas y las piernas porque es la única manera en que puedo aliviar mi sufrimiento”, “mi madre intentó suicidarse y fue por mi culpa, mis padres siempre discuten por mí”, presenta ideación suicida manifestando “se me ha pasado por la cabeza quitarme la vida para que ya dejen de discutir”, asimismo presenta problemas en su estado de ánimo “me siento triste, solo quiero llorar, quiero sentirme querida al menos una vez por mi madre”.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas:

- Inventario Multifásico de la Personalidad MINI-MULT.
- Test de La Figura Humana de Karen Machover.
- Test de Matrices Progresivas de RAVEN.
- Escala de Zung de Depresión.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Adolescente no fue planificada ni deseada por sus padres, es la menor de dos hijas y actualmente vive con ambos padres y hermana. Durante la etapa de gestación hubo constantes discusiones entre sus padres por lo que la madre estuvo en constante angustia e inestabilidad emocional, el parto fue cefálico naciendo a los 9 meses, hubo sufrimiento fetal por tener el cordón umbilical enredado en el cuello, presentando una coloración morada y adoptando un color normal al pasar las horas, con un peso aproximado de 2.200 kg.

Empezó a estudiar a la edad de 5 años, de niña siempre se mostraba cariñosa, sociable con sus compañeros, aplicada a los estudios y trataba de llamar la atención de su hermana mayor sin embargo ella se mostraba indiferente. A la edad de 10 años sufre un intento de violación por parte dos compañeros, hecho que es frustrado por la auxiliar del colegio, la madre de la adolescente toma el suceso como una broma de sus compañeros sin embargo a partir de lo sucedido se vuelve una niña introvertida, caprichosa, se aleja de sus compañeros, madre y hermana; empezando a practicar el cutting con unas compañeras del nivel secundario haciéndose pequeños cortes en el antebrazo.

Cuando empieza a cursar el nivel secundario, su madre intenta suicidarse tomando una gran cantidad de pastillas, debido a que el padre de la adolescente decide dar por terminada la relación por constantes discusiones entre ambos, este hecho es presenciado por la adolescente, la madre culpa a la adolescente de este suceso, por las peleas en el hogar, constantemente hace comparaciones entre las hijas, asimismo la relación con su padre es distante debido a que él se enfoca enteramente en el trabajo y la iglesia, dando toda responsabilidad de la crianza a la madre; todos los miembros de su familia saben que la adolescente se autolesiona haciéndose cortes en brazos y piernas, pero lo ven como actos de rebeldía y para llamar la atención que asumen como propios de la adolescencia.

Por la misma época tiene su primera relación sentimental con una persona de su mismo sexo afirmando que encontró afecto y comprensión en ella, sin embargo, esta relación no

duró mucho tiempo debido a que su pareja es cambiada de colegio, los reclamos y discusiones con su madre se incrementaron llegando en una oportunidad a agredirse verbalmente con fuertes calificativos por parte de ambas de igual manera la práctica del cutting se da con mayor intensidad y frecuencia.

Actualmente cursa tercero de secundaria, solo tiene una amiga en el colegio, no tiene redes sociales, ni celular, ambas permanecen alejadas de sus compañeros, cuando reciben comentarios negativos por parte de ellos su amiga le insiste a que responda con fuertes calificativos a pesar de que ella no quiere hacerlo; este año ha iniciado una relación con un compañero de otro salón que también se autolesiona y proviene de una familia disfuncional, él toma las decisiones en la relación en una oportunidad la amenazó con terminar la relación si ella no practicaba el cutting aludiendo que ella debía sentir lo mismo que él por otro lado su rendimiento escolar ha disminuido reprobando cinco cursos, no se siente capaz de tomar decisiones por sí misma. Es a partir del fallecimiento de la abuela de su amiga que deciden buscar ayuda pues el solo hecho de cortarse ya no calma su sufrimiento y deciden acudir al servicio de psicología en busca de ayuda.

V. OBSERVACIONES GENERALES CONDUCTUALES:

Paciente de 14 años no aparenta la edad referida parece de 12 años, de contextura delgada, de ojos y cabellos negros, se presentó aseada con aliño en su vestimenta, de postura encorvada, tono de voz bajo pero audible y mirada esquiva.

Durante la evaluación mostró cierta timidez, angustia y por momentos sollozante al relatar los problemas con su madre, su actitud en la entrevista fue colaboradora.

Se encuentra orientada en persona, espacio, lugar y tiempo, su expresión facial denota angustia, preocupación y tristeza, se encuentra vigilante ante los estímulos de su entorno.

En cuanto a su lenguaje expresivo es claro y preciso de tono bajo pero audible por momentos cubre su boca con la mano derecha y su lenguaje comprensivo está conservado.

El curso de su pensamiento es coherente, sin embargo, hay contenido de ideación suicida e ideas rumiantes de culpabilidad hacia sí misma, la adolescente piensa que es la responsable de todos los problemas que se dan en su hogar y del intento de suicidio de su madre. Su memoria se encuentra conservada tanto a corto como largo plazo, y sus funciones intelectuales como son su capacidad de análisis, síntesis y abstracción se encuentran

conservados, sin embargo, cuando está en el salón se le viene a la mente las ideas de culpabilidad lo cual afecta la resolución de los problemas, repercutiendo en su rendimiento académico. La relación con sus compañeros es distante, no acepta críticas y experimenta un fuerte miedo a estar sola.

Se muestra con un ánimo decaído, cabizbaja, angustiada, sollozante, busca el afecto y atención de las personas, asimismo es consciente de la situación que atraviesa y desea mejorar.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La adolescente presenta rasgos de una personalidad introvertida, es insegura, caprichosa, ansiosa, tiene baja autoestima, se aísla de sus compañeros y no cuenta con redes sociales esto ocurre a partir del intento de violación que sufrió a la edad 10 años; asimismo experimenta sentimientos de culpabilidad e ideas de daño hacia ella misma por las constantes discusiones en su hogar y por el intento de suicidio de su madre, quien le reprocha constantemente por su apariencia física, la culpa por las discusiones con su padre y realiza comparaciones entre sus hijas por ello presenta sentimientos de inferioridad adoptando conductas infantiles para ser aceptada por las personas de su entorno en especial por su madre.

De igual manera se encuentra en una etapa de descubrimiento de su sexualidad, siempre está en busca de afecto, aceptación, experimenta cambios de humor variable y muestra cierta dependencia hacia las personas que siente que la quieren, cuando no lo consigue o se alejan de ella experimenta una fuerte frustración que conlleva a autolesionarse haciéndose cortes en las manos y piernas, todos los miembros de su familia ven estos actos como rebeldía y que quiere llamar la atención.

Posee un nivel de inteligencia de término medio, sin embargo, su capacidad de análisis, síntesis y abstracción está siendo obstruida por la carga afectiva que vivencia, por ello presenta dificultades en la resolución y afrontamiento de problemas, esto sumado a la pérdida de interés, aumento de la fatigabilidad lo cual dificulta la toma de decisiones y aumenta la pérdida de la confianza en sí misma desaprobando cinco cursos en la actualidad. La dinámica familiar está caracterizada por un padre ausente, que da toda la responsabilidad de la crianza a la madre; además la madre y hermana son distantes con la adolescente.

Madre presenta dificultades al controlar sus emociones, es impulsiva e insegura de su relación, todo ello motiva que la adolescente presente baja autoestima, se sienta sola, no tenga confianza en sí misma, se muestre insegura y sin apoyo emocional.

VII. DIAGNÓSTICO:

Paciente de 14 años, con un nivel de inteligencia de término medio, siendo obstruida su capacidad de análisis, síntesis y abstracción por la carga afectiva que vivencia, hecho que le dificulta la toma de decisiones y resolución de problemas. Asimismo, ha desarrollado una personalidad introvertida, que se caracteriza por ser insegura y ansiosa, tiene sentimientos de inferioridad, falta de confianza en sí misma, se aísla de los compañeros, hay pérdida del interés y disfrute por las diferentes actividades, es muy susceptible a las críticas más aun cuando provienen de su propia madre y enamorado, generándole mucha frustración que descarga autolesionándose y presenta ideas de daño hacia sí misma.

Además, adopta conductas infantiles en busca de la aceptación de las personas para sobrellevar los sentimientos de culpa y vacío que experimenta, siente que no es capaz de enfrentar y resolver sus problemas por sí misma por lo que permite que otros tomen las decisiones por ella, tiene temor a perder a las personas que le muestran afecto y trata de complacerlos, rasgos que van estructurando un **Trastorno dependiente de la personalidad (F60.7)** según el CIE-10.

VIII. PRONÓSTICO

Su pronóstico es reservado debido a la falta de interés y apoyo familiar.

IX. RECOMENDACIONES

- Se recomienda una terapia psicológica orientada a cambiar pensamientos erróneos y manejo de la frustración.
- Fortalecer la autoestima y autoconcepto.
- Entrenamiento de habilidades sociales.
- Terapia familiar orientada a la integración y fortalecimiento del vínculo afectivo.

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	: S. V. O.
Edad	: 14 Años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 31/07/2004
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Nivel de escolaridad	: 3ro de sec.
Religión	: No refiere
Procedencia	: Arequipa
Ocupación actual	: Estudiante
Informantes	: Madre y paciente.
Lugar de evaluación	: Servicio Psicológico
Fecha de evaluación	: 08, 15, 17, 25, 30 y 31 de octubre del 2018 04 de noviembre del 2018
Examinadora	: Miriam Judith Arapa Mamani Bachiller en Psicología

II. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Paciente de 14 años, con un nivel de inteligencia de término medio, siendo obstruida su capacidad de análisis, síntesis y abstracción por la carga afectiva que vivencia, hecho que le dificulta la toma de decisiones y resolución de problemas. Asimismo, ha desarrollado una personalidad introvertida, que se caracteriza por ser insegura y ansiosa, tiene sentimientos de inferioridad, falta de confianza en sí misma, se aísla de los compañeros, hay pérdida del interés y disfrute por las diferentes actividades, es muy susceptible a las críticas más aun cuando provienen de su propia madre y enamorado, generándole mucha frustración que descarga autolesionándose y presenta ideas de daño hacia sí misma.

Además, adopta conductas infantiles en busca de la aceptación de las personas para sobrellevar los sentimientos de culpa y vacío que experimenta, siente que no es capaz de enfrentar y resolver sus problemas por sí misma por lo que permite que otros tomen las

decisiones por ella, tiene temor a perder a las personas que le muestran afecto y trata de complacerlos, rasgos que van estructurando un **Trastorno dependiente de la personalidad (F60.7)** según el CIE-10.

III. OBJETIVO GENERAL

Disminuir las conductas autolíticas, sentimientos de culpa e inferioridad, para aumentar su autoestima y fomentar un buen autoconcepto de ella misma, adquiriendo confianza y motivación.

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reducir la tensión muscular y mejorar su estado de tranquilidad mental.
- Mejorar la percepción que tiene de sí misma para fomentar un buen autoconcepto que fortalezca su confianza, seguridad y estima personal.
- Fomentar el control de sus emociones, pensamientos y comportamiento para expresarlos de manera asertiva y empática para disminuir su frustración ante cualquier situación que se le presente.
- Identificar los pensamientos negativos que presenta están afectando la vida del paciente y reestructurarlos.
- Fomentar en el paciente la realización de actividades productivas y recreativas.
- Fortalecer los lazos afectivos de madre e hija, mediante una buena comunicación, manifestaciones de afecto y comprensión.

V. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

SESIÓN Nro.1	RELAJACIÓN
OBJETIVO	Reducir la tensión muscular y mejorar su estado de tranquilidad mental.
MATERIALES	01 Silla
DESARROLLO	<p>En un ambiente tranquilo, libre de estímulos exteriores que puedan interferir pedir a la persona que se siente lo más cómoda posible para la paciente, luego que cierre los ojos. Luego empezamos a tensar y relajar grupos de músculos, iniciando por la cara, frente, entrecejo, ojo, nariz, labios, mandíbula, luego con otras partes del cuerpo como el cuello, los hombros espalda, brazos, para terminar con las extremidades inferiores. Continuar con la relajación mediante respiración sin tensión.</p> <p>Se sugirió al paciente realizar secuencias de relajación por las noches diariamente, antes de acostarse.</p>
TIEMPO TOTAL	45 min.

SESIÓN 2 y 3	DESCARGA DE EMOCIONES
OBJETIVO	Fomentar el control de sus emociones, pensamientos y comportamiento para expresarlos de manera asertiva y empática para disminuir su frustración ante cualquier situación que se le presente.
MATERIALES	01 cojín
DESARROLLO	<p>Se le pide sentarse cómodamente y se le indica que recuerde un suceso donde ha experimentado una fuerte frustración.</p> <p>Se le brinda el cojín, tiene que cerrar los ojos y se le da la consigna narrar lo sucedido, asimismo pueden golpear, apretar, gritar y cualquier otra acción para desahogar toda la tensión acumulada. Luego se vuelve a un estado de calma.</p> <p>De igual manera se puede trabajar con cada acontecimiento que le genere una fuerte tensión.</p>
TIEMPO	45 min.

SESIÓN NRO: 4	REFORZAMIENTO DE AUTOESTIMA
OBJETIVO	Mejorar la percepción que tiene de sí misma para fomentar un buen autoconcepto que fortalezca su confianza, seguridad y estima personal.
MATERIALES	Espejo
DESARROLLO	<p>En un ambiente adecuado y tranquilo, se pide a la paciente que se vea en un espejo, frente al espejo debe decir en voz alta una afirmación positiva mirándose a los ojos. Al principio puede resultar incómodo o que no vea nada positivo que decirse a sí misma, esta actividad tiene que repetirlo hasta que este convencida de lo que dice puede hacerlo.</p> <p>En casa puede iniciar por decirse una frase cada día mientras se asea, las afirmaciones positivas pueden ser las mismas o diferentes, siempre han de estar en presente y referirse a sí misma, y ser realistas, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Me quiero, soy valiosa. - Me respeto y me cuido. - Puedo hacer lo que me proponga. - Confío en mí misma. - Merezco ser feliz y busco mi felicidad. <p>La tarea fue escribir en una hoja todo lo bueno que ella realice durante la semana para aceptarse como por ejemplo hoy me desperté y me dije soy una persona valiosa para mí, nadie puede hacerme sentir mal, entre otros.</p>
TIEMPO	45 min.

SESIÓN NRO.5 Y 6	CAMBIANDO PENSAMIENTOS ERRÓNEOS
OBJETIVO	Identificar los pensamientos negativos que presenta está afectando la vida del paciente y reestructurarlos.
DESARROLLO	<p>Se inicia preguntando si ha puesto en práctica las sesiones anteriormente trabajadas,</p> <p>Se le indicara al paciente que en esta oportunidad trabajaremos en identificar aquellos pensamientos recurrentes y que están afectando su comportamiento.</p> <p>Se comenzó por explicarle la influencia que tienen nuestros pensamientos sobre nuestras emociones y conducta. Luego se procedió que ella anote en una hoja aquellos pensamientos repetitivos, que se le vienen a la mente en situaciones conflictivas de su vida seguidamente se les asigno un orden de menor a mayor, y procedimos a cambiar esos pensamientos negativos por pensamientos racionales y positivos.</p> <p>Tomando en cuenta situaciones pasadas, para poner en práctica los pensamientos positivos y en futuras situaciones pueda responder de manera positiva.</p> <p>Por ejemplo, se trabajó, la situación donde su enamorado le pidió que se cortara para que ella sienta lo mismo que él, donde el pensamiento recurrente era sino hago caso a lo que me pide el puede dejarme de querer. Una vez identificado el pensamiento se le pregunto ¿te sentiste bien al hacerlo?.,¿cómo debiste responder? ¿qué le dirías si te lo vuelve a pedir? A lo que ella respondió no me sentí bien, no me gusta hacerle caso a todo ahora tratare de ser más fuerte y decir no a la próxima vez.</p> <p>Se le dejó de tarea que haga lo mismo en sus actividades cotidianas.</p>
TIEMPO	35 min por sesión,.

SESIÓN NRO: 7	APRENDIENDO A SER TOLERANTES
OBJETIVO	Mejorar la relación con sus compañeros de clases.
MATERIALES	Espejo
DESARROLLO	<p>En el salón de clases se les mencionó a los alumnos que debemos ser más tolerantes con los gustos, comportamientos, creencias, etc. De cada uno de sus compañeros aprender a respetarlos.</p> <p>Se trabajo con la dinámica “todos tenemos...” donde tenían que completar la frase con lo primero que se le viene a la mente, por ejemplo:</p> <p>Todos tenemos una familia.</p> <p>Todos tenemos un amigo o amiga.</p> <p>Todos tenemos días en los que estamos tristes.</p> <p>Todos tenemos gustos diferentes.</p> <p>Todos tenemos virtudes y defectos.</p> <p>De esta manera se buscó que los estudiantes se den cuenta que tienen varias cosas en común y otras en las que difieren en las que tienen que ser tolerantes para convivir en armonía.</p> <p>Luego se les pidió a los estudiantes que se coloquen en la espalda un cuadrado de cartulina donde los compañeros debían escribir cosas positivas de sus compañeros</p>
TIEMPO	45 min.

SESIÓN NRO: 8	FORTALECIENDO EL VINCULO MADRE E HIJA
OBJETIVO	Fortalecer los lazos afectivos de madre e hija, mediante una buena comunicación, manifestaciones de afecto y comprensión.
DESARROLLO	<p>En un primer momento se trabaja solo con la madre, a la cual se le pide que mencione aquellos comentarios que hace respecto a su hija, y en que situaciones los realiza, luego la madre sale e ingresa la hija se le pide que escriba aquellos comentarios que le dijo la madre, como se siente y que despierta en ella asimismo los comentarios que ella realizo hacia su madre.</p> <p>Ambas ingresan y se pide a la madre que asuma el papel de su hija, luego la hija lee cada una de las frases que ha escrito su madre, para luego intercambiar roles.</p> <p>Terminado esto tienen que pedirse perdón por todas las frases hirientes que se han hecho mutuamente y hacer un compromiso de mejorar vínculo.</p> <p>El cual será reforzado asistiendo a familias fuertes que es un programa del área de tutoría del colegio.</p>
TIEMPO	30 min.

SESIÓN NRO: 9	DESPEJEMOS NUESTRA MENTE
OBJETIVO	Fomentar en el paciente la realización de actividades productivas y recreativas.
DESARROLLO	Se pregunta cómo ha mejorado, que cambiado en ella y como va las relaciones con su familia. En esta sesión se va a trabajar en enfocar al paciente en realizar una actividad que ella disfrute hacerlo ya sea pintura, dibujar, bailar, entre otros. Luego ella misma tiene que escoger una actividad para que realice durante la semana, comenzando por practicarlo 15 minutos diarios dicha actividad será comentada en la próxima sesión.
TIEMPO	30 min.

SESIÓN NRO: 10	FORTALECIENDO LAZOS FAMILIARES
Objetivo	Fortalecer los lazos afectivos de madre e hija, mediante una buena comunicación, manifestaciones de afecto y comprensión.
Desarrollo	<p>Se recomienda que estén todos los miembros de la familia para explicarles de cuán importante es apoyar al miembro que presenta una dificultad y superar esta situación como familia.</p> <p>Se utilizará el juego de roles donde cada uno asumirá un rol y adoptará los comportamientos, frases, ademanes para poder interpretar su el papel que le toque y así se intercambiarán los papeles.</p> <p>Luego se les explicara que los comportamientos que realizan no son los adecuados para comunicarse, se les explicara en que consiste los tres estilos de comunicación como son: agresivo, pasivo y el asertivo para luego que dramatizar el Caso de María quien es una estudiante que ha reprobado el año escolar y sabe que sus padres son muy estrictos, por lo que no sabe cómo decirle. Se ponen en práctica los tres estilos de comunicación antes enseñados para dar un desenlace a la historia.</p> <p>Finalmente, todos los miembros harán un compromiso para practicar el estilo asertivo.</p>
Tiempo	45 min.

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El plan psicoterapéutico fue programado para 3 meses, 1 sesión por semana, con una duración de 45 min por sesión. Solo se pudo ejecutar hasta la octava sesión debido a que no se pudo conseguir la participación del padre y la hermana para poder concluir con la terapia.

VII. AVANCES TERAPEÚTICOS

- Ha logrado disminuir la tensión emocional, los sentimientos de culpa e inferioridad logrando entender que cada persona es responsable de sus actos y no debe culpar a las demás personas.
- Aprendió a manifestar sus emociones en lugar de acumular su frustración y ha disminuido la frecuencia de la práctica del cutting.
- La adolescente va adquiriendo confianza en ella misma disminuyendo sus sentimientos de inferioridad.
- Comienza a valorarse, aceptarse y a esforzarse por mejorar sus habilidades.
- La madre se comprometió a no hacer comentarios hirientes que afecten a su hija.
- Madre e hija asistieron a familias fuertes para fortalecer su vínculo afectivo.

Arequipa, 17 de diciembre de 2018

Miriam Judith Arapa Mamani

Bachiller en Psicología

ANEXOS

Inventario Multifásico de la Personalidad MINI-MULT

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)
MINI-MULT
(Hoja de Respuesta)

Nombres y apellidos: S.V.O. Edad: 14 años
 Estado Civil: Grado de Instrucción: 3º Secundaria
 Ocupación: Estudiante Fecha de examen: 28-10-18

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

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	1	5	4	8	13	18	9	5	14	11	4
Puntaje Equivalente	4	14	10	18	38	38	25	14	34	32	15
Añadir K				5			4		10	10	2
Puntaje Directo Corregido	4	14	10	23	38	38	29	14	44	42	17
Puntaje T	50	76	46	70	86	84	74	67	81	80	50

DIAGNÓSTICO: Paciente puntua alto en tres componentes como es Depresión (44), histeria (81) y psicastenia (81).

T	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K	T
120												120
115												115
110												110
105												105
100												100
95												95
90												90
85												85
80												80
75												75
70												70
65												65
60												60
55												55
50												50
45												45
40												40
35												35
30												30
25												25
20												20
0												0

Test de la Figura Humana de Karem Machover





I Test de Matrices Progresivas de Raven

PERFIL DE INTELIGENCIA GENERAL

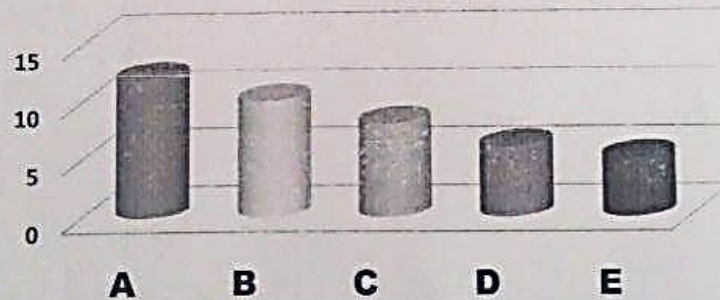
Nombre SHARY
Edad 14 Sexo FENEMINO
Grado 3ro secundaria Sección "B"
Fecha 28/10/2018

SUB TEST	PTJE BRUTO	% PARCIAL	CATEGORIA
A	12	100	Término medio, posiblemente superior al término medio
B	10	83	
C	8	67	
D	6	50	
E	5	42	
TOTAL CI	41	51	

INTERPRETACION

SHARY de 14 años de edad
Tiene un Puntaje de 41 que lo ubica en el Percentil 51
Nos indica que se ubica en la categoría de:
Término medio, posiblemente superior al término medio

PERFIL POR SUBESCALAS



Miriam J. Arapa Mamani

Escala de Zung de Depresión

ESCALA DE ZUNG				
DEPRESIÓN				
H.C.I. _____				
NOMBRE: <u>Shary A. V. O</u>		FECHA: <u>28-10-18</u>		
EDAD: <u>14 años</u>		DIRECCIÓN: _____		
MARQUE CON UN CIRCULO EL NUMERO QUE SE AJUSTA A SU RESPUESTA				
	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. ME SIENTO TRISTE Y DECAIDO	1	2	3	4
2. POR LAS MAÑANAS ME SIENTO MEJOR	4	3	2	1
3. TENGO GANAS DE LLORAR Y AVECES ELORO	1	2	3	4
4. ME GUSTA MUCHO DORMIR POR LAS NOCHES	1	2	3	4
5. COMO IGUAL QUE ANTES	4	3	2	1
6. AUN TENGO DESEOS SEXUALES	4	3	2	1
7. NOTO QUE ESTOY ADELGAZANDO	1	2	3	4
8. ESTOY ESTREÑIDO	1	2	3	4
9. EL CORAZON ME LATE MÁS RÁPIDO QUE ANTES	1	2	3	4
10. ME CANSO SIN MOTIVO	1	2	3	4
11. MI MENTE ESTA TÁN DESPEJADA COMO ANTES	4	3	2	1
12. HAGO LAS COSAS CON LA MISMA FACILIDAD QUE ANTES	4	3	2	1
13. ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO	1	2	3	4
14. TENGO CONFIANZA EN EL FUTURO	1	3	2	4
15. ESTOY MAS IRRITABLE QUE ANTES	1	2	3	4
16. ENCUENTRO FACIL TOMAR DECISIONES	1	3	2	4
17. SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO	1	2	3	4
18. ENCUENTRO AGRADABLE VIVIR	4	3	2	1
19. CREO QUE SERIA MEJOR PARA LOS DEMAS SI ESTUVIERA MUERTO	1	2	3	4
20. ME GUSTAN LAS MISMAS COSAS QUE ANTES	4	3	2	1
PUNTAJE TOTAL: 53 Percentil = 66 Depresión Moderada				

INDICE 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 EAD

Menos de 50

50 - 59

60 - 69

70 a Más

INTERPRETACIÓN

Dentro de Límites Normales

Depresión Leve Moderada

Depresión Moderada Intensa

Depresión Intensa

CASO 2

Presentado por Yoselyn Arce Larico

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : Y. P. S.
Edad : 14 años
Sexo : Femenino
Fecha de Nacimiento : 25-06-2004
Lugar de nacimiento : Arequipa
Nivel de escolaridad : 3° de secundaria
Ocupación actual : Estudiante
Estado civil : Soltera
Religión : Católica
Informante : Paciente, padre
Lugar de entrevista : Servicio de Psicológica
Fechas de entrevista : 8, 9 de octubre del 2018
Examinador o Evaluadora : Yoselyn Arce Larico
Bachiller en psicología

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude al servicio de psicología en compañía de una amiga del colegio, refiriendo que necesita ayuda para superar su problema de “cutting”, siente rechazo por parte de sus compañeros de clase debido a su aspecto físico, se refiere a sí misma como la “marginada del salón”, “mis compañeros hablan mal de mí se burlan, por momentos no puedo controlarme porque tengo mucha cólera”, actualmente siente tristeza por el fallecimiento de su abuelita.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Hace 6 años, sufre el abandono por parte de su madre, al irse con otra pareja, dejándola al cuidado de su padre, a partir de los 12 años en algunas ocasiones, madre la citaba en lugares con el fin de encontrarse y poder pasar tiempo juntas, sin embargo en varias

ocasiones no llegaba al lugar de encuentro, lo que generaba en la menor, tristeza y enojo, en una ocasión la adolescente sin medir los peligros y sin permiso de su padre salió en busca de su progenitora, a pesar de no saber dónde exactamente era la dirección, después de su búsqueda pudo llegar a encontrar la casa, tuvo que esperar mucho tiempo al no encontrarse nadie, fue grande el impacto en ella al ver que su madre se encontraba embarazada y en compañía de su nueva pareja, motivo por el que regreso llorando a casa, por lo tanto prefiere evitar situaciones complicadas, y hoy en día no espera nada de ella. A esa misma edad la adolescente empezó a hacerse pequeños cortes en el antebrazo, porque veía que algunas de sus compañeras del salón lo realizaban, al principio fue solo por curiosidad, posteriormente al pasar a 2° de secundaria menciona que le hacían “bullying” refiriendo tener malestar por su apariencia física, siente rechazo debido a su contextura física considerándose “subida de peso”, buscaba recetas para adelgazar, a partir de tales incidentes, empezó a ser reiterativo los cortes en las muñecas y antebrazo, más aún con los comentarios de sus compañeros, dichos cortes la ayudaba a no sentir los problemas por los que estaba pasando, ese mismo año tuvo su primer enamorado, el cual la dejó para estar con una de sus amigas, situación que la afectó mucho ocasionando que vuelva a realizarse los cortes, menciona que solo lo realiza cuando ya no puede con los problemas o algunas situaciones por las que pasa.

Sin embargo, refiere que hace aproximadamente dos meses ya no se realiza cortes debido a que es el tiempo en el que lleva fallecida su abuelita, versión que fue desmentida al hallársele nuevos cortes.

La estudiante en ocasiones tiende a aislarse y estar a la defensiva con sus compañeros cuando piensa y siente que hablan mal de ella.

Paciente manifiesta que pasa por constantes discusiones con su padre, aludiendo que él no la comprende, lo considera muy controlador, no está de acuerdo con la amistad que tiene con una amiga, desconociendo que ambas se realizan cortes en el antebrazo, padre refiere que ya no sabe qué hacer, trata de darle todo lo que puede, a pesar de sus problemas de salud, incluso le ha llegado a pedir cosas que tienen un alto costo, siente que su hija no retribuye el esfuerzo que realiza por ella, la mayor parte del día está encerrada en su cuarto con el celular conectada a internet, sus notas están por debajo de lo esperado, los profesores comunican que muchas veces conversa en clase y no presta

una adecuada atención, el padre en varias oportunidades ha intentado quitarle el celular pero lo amenaza con que no comerá y empieza a llorar.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

PERIODO DE DESARROLLO

A. Etapa Pre-natal: Embarazo o gestación

El informante refiere que no fue una concepción planificada, sin embargo, fue aceptada y muy deseada por el padre, siendo su única hija.

En su desarrollo pre-natal, la madre tuvo los controles respectivos durante su embarazo en cada mes, no presentó dificultad en este periodo, ni situaciones de riesgo. No hubo complicación física durante el embarazo.

B. Etapa Natal: Parto

El proceso de parto se dio después de nueve meses de embarazo, fue cefálico sin complicaciones, con un peso aproximado de 3:400 kg

C. Etapa Post Natal

Primer año

La madre se dedica a su hija, enseñándole diferentes actividades como ir al baño, comer, caminar, hábitos de higiene, el padre se dedica en mayor proporción al trabajo.

Desarrollo Psicomotor

No recuerda adecuadamente los datos sobre su desarrollo porque la mayor parte del tiempo la cuidaba su madre, caminó sola al año y seis meses, con respecto al desarrollo de su lenguaje balbuceo a los siete meses, sus primeras palabras las dijo al año con tres meses, no presentó dificultades para hablar.

Rasgos neuropáticos

No presento rasgos neuropáticos.

D. Etapa Pre-Escolar y Escolar

Inició su etapa escolar a los 5 años, en una Institución Educativa pública, le gustaba la escuela tenía muchos amigos, el primer día tuvo temor al ingresar, pero pronto se adaptó, luego ingresa al nivel primario a la edad de 6 años, en dicha edad, es testigo de las constantes discusiones que tenían sus padres. fue una alumna regular, a la edad de 12 años inicia el nivel secundario continuando en la misma I.E, refiriendo no agraderle mucho debido a que algunas compañeras la molestaban burlándose e insultándola por su contextura física, siendo su manera de defenderse a través de insultos. Su padre trabaja realizando mantenimiento en la misma I.E donde ella estudia, es así que en algunas ocasiones la acompaña al colegio, conversa con los profesores sobre el rendimiento académico de la menor, no está de acuerdo con la amistad que mantiene con una de sus compañeras, considerándola una mala influencia para su hija, En cuanto a sus notas actualmente han disminuido llegando a desaprobado tres cursos; matemática, comunicación, CTA, el curso que le gusta es educación por el arte, no le gusta participar de las actividades programadas en la I.E como danzas, concursos, etc. No cuenta con un horario específico para realizar sus tareas, ni hábitos de estudio adecuados.

E. Desarrollo y Función sexual

La adolescente se identifica como mujer, las primeras informaciones relacionadas a la sexualidad las recibió en el colegio, refiere haber tenido su primer enamorado a los 13 años, sin embargo, él la dejó para estar con una de sus amigas, lo que produjo en la menor tristeza y enojo, actualmente mantiene una relación con un joven de 17 años que ya ingreso a la universidad y al próximo año dará inicio a sus clases, ambos llevan 8 meses de relación, menciona que él la entiende, no pueden verse muy seguido por que sus permisos son restringidos, la comunicación entre ambos se da más a través del celular, no inicio su vida sexual.

F. Historia de la recreación y la vida

En su niñez fue una niña sociable y alegre le gustaba tener amigos, hoy en día en su tiempo libre prefiere escuchar música, salir con su enamorado o amiga, no practica ningún deporte y hace uso constante de las redes sociales.

Relaciones sociales

A la adolescente no le gusta participar en las actividades de grupo, en ocasiones presenta una actitud defensiva frente a sus compañeros de clase, cuando siente que quieren molestarla o hablan mal de ella, por lo cual trata de no relacionarse mucho con ellos pasando la mayor parte del tiempo con su única amiga, en clase tratan siempre de sentarse juntas, lo que las lleva a distraerse.

G. Religión

Paciente y su papá son de religión católica, sin embargo, no son muy creyentes, ya que no participan en las actividades religiosas.

H. Hábitos e influencias nocivas o tóxicas

a. Alimentación

La alimentación que recibió fue de lactancia mixta, a los 3 meses y medio, la niña complementó su alimentación con un suplemento alimenticio.

b. Sueño

Cuenta con habitación propia, duerme 8 horas al día, no tiene presencia de pesadillas.

c. Sustancias tóxicas

No ha probado alcohol, cigarro o drogas.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

a. Enfermedades o accidentes

No hubo presencia de enfermedades graves o accidentes.

b. Personalidad Premórbida

La estudiante era una niña sociable, tenía varios amigos dado que en casa no contaba con quien pudiera jugar al ser hija única, era afectuosa, alegre y expresiva sobre todo con su padre, por momentos se tornaba caprichosa y hacia berrinches. A partir del inicio de la secundaria sintió el rechazo por parte de algunos de sus compañeros de clase, se considera “marginada dentro del salón”, motivo por el cual no tiene una buena relación con la mayoría de sus compañeros y tiende a aislarse, solo cuenta con una amiga que también practica cutting, por momentos presenta dificultades para controlar sus impulsos, lo que la lleva a estar a la defensiva con algunos compañeros

que cree que van a molestarla, sin embargo en ocasiones su comportamiento se tiende a tornarse voluble comportándose de manera extrovertida con las personas que están a su alrededor, molestando y levantando la voz a sus compañeros, muchas veces se tornaba caprichosa con su padre hasta conseguir lo que quiere, actualmente mantiene un vínculo muy reducido con su madre debido a su abandono desde hace 6 años.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES:

A. Composición Familiar

Vive con su padre de 43 años de edad quien trabaja realizando mantenimiento en la misma I.E donde estudia la menor.

Su madre tiene 35 años, se fue de la casa hace seis años, formó una nueva familia con otro compromiso con el cual tiene un hijo de 2 años y actualmente se encuentra embarazada.

B. Dinámica familiar

La relación que tiene con su padre no es muy buena, refiere que no la entiende, debido a que no está de acuerdo con la amistad que mantiene con su única amiga ni le permite tener enamorado, desconoce la actual relación que mantiene su hija, asimismo los permisos son restringidos teniendo que salir con la excusa de realizar trabajos grupales las pocas veces que frecuenta con su tía paterna, generalmente se torna en discusiones, al increparle por no hacer bien las cosas y causarle preocupaciones a su padre, llegándose ambas a faltar el respeto verbalmente, la relación con la madre es distante, no hay mucha comunicación entre ambas, con respecto al padre ya no hay ningún tipo de comunicación ni cercanía con su ex pareja, hace unos años tenía la esperanza de que se pueda retomar la relación, motivo por el que no le impuso ninguna demanda de alimentos, situación por la que ahora se arrepiente, hace dos meses falleció la abuelita paterna de 73 años acontecimiento que la puso muy triste porque ambas tenían una buena relación.

C. Condición Socio-Económica

Su situación económica es regular, padre trabaja realizando mantenimiento en una I.E, su contrato es temporal, subvenciona los gastos de alimentación, educación, vestido de su hija, tratando de que no le falte nada, viven en casa de su hermana en el tercer piso quien les brinda dos cuartos sin pagar alquiler, cuenta con todos los servicios básicos como agua, luz, desagüe, la menor no recibe ningún apoyo económico por parte de su madre.

D. Antecedentes Familiares Patológicos

La adolescente no presenta antecedentes patológicos por parte de la madre, sin embargo, el padre sufrió de violencia psicológica en su niñez.

VII. RESUMEN:

La menor no fue planificada, pero si fue muy deseada por el padre, es hija única, actualmente solo vive con su padre quien trabaja realizando mantenimiento en la misma Institución educativa donde ella estudia. El parto fue cefálico naciendo a los 9 meses sin ninguna complicación con un peso aproximado de 3:400 kg. Empezó a estudiar a la edad de 5 años, mostrándose, alegre, sociable y le gustaba tener muchos amigos. A la edad de 8 años sufre el abandono por parte de su madre, al irse con otra pareja dejándola al cuidado de su padre, a partir de los 12 años en algunas oportunidades, madre la citaba en algunos lugares con el fin de encontrarse para poder pasar tiempo juntas, sin embargo en varias ocasiones no llegaba al lugar de encuentro, generando en la menor, tristeza y enojo, en una ocasión la adolescente sin medir los peligros y sin permiso de su padre salió en busca de su progenitora, a pesar no saber dónde exactamente era su dirección, después de su búsqueda pudo llegar a encontrar la casa, teniendo que esperarla mucho tiempo al no encontrarse nadie, fue grande el impacto en ella al ver que su madre se encontraba embarazada en compañía de su nueva pareja, motivo por el que regreso llorando a casa, por lo cual prefiere evitar situaciones complicadas, y hoy en día no espera nada de ella. A esa misma edad la adolescente empezó a hacerse pequeños cortes en el antebrazo, al principio fue solo por curiosidad al ver que algunas de sus compañeras lo realizaban, posteriormente al pasar a 2° de secundaria menciona que le hacían

“bullying” sentía rechazo con los comentarios de sus compañeros debido a su contextura física, considerándose “subida de peso” y buscaba recetas para adelgazar, a partir de tales incidentes, empezó a ser reiterativo los cortes en el antebrazo y las muñecas, más aún, ese mismo año tuvo su primer enamorado, el cual la dejó para estar con una de sus amigas, situación que la afectó mucho ocasionando que vuelva a autolesionarse, menciona que solo lo realiza cuando ya no puede con los problemas o algunas situaciones por las que pasa.

En la actualidad cursa el tercer año de secundaria, la estudiante tiende a aislarse no le gusta participar en las actividades grupales, se refiere a sí misma como la marginada del salón, le cuesta controlar sus impulsos, en varias ocasiones se encuentra con una actitud defensiva, cuando piensa y siente que hablan mal de ella o quieran molestarla, considerando tales actos como una forma de solución y defensa, pasa la mayor parte del tiempo con su única amiga, que también practica cutting, en clase siempre tratan de sentarse juntas, lo que las lleva a distraerse, paciente refiere que aproximadamente hace dos meses ya no se autolesiona porque es el tiempo en el que lleva fallecida su abuelita paterna, versión que fue desmentida al hallársele nuevos cortes, en ocasiones su comportamiento tiende a tornarse voluble comportándose de manera extrovertida, molestando y levantando la voz a sus compañeros. Presenta constantes discusiones con su padre, aludiendo que él no la comprende, lo considera controlador, al no estar de acuerdo con la amistad que mantiene con su única amiga, ya que padre la considera una mala influencia para su hija, desconoce que ambas practican el cutting, no le permite tener enamorado por lo tanto no tiene conocimiento de la actual relación que su hija mantiene con un joven tres años mayor que ella, no se autolesiona, los permisos son restringidos teniendo que salir con la excusa de realizar trabajos grupales, las pocas veces que frecuenta con su tía paterna, generalmente se torna en discusiones, al increparle por no hacer bien las cosas y causarle preocupaciones a su padre, llegándose ambas a faltar el respeto verbalmente.

Padre refiere que ya no sabe qué hacer con su hija, trata de darle todo lo que puede, hace lo posible para que no le falte nada, a pesar de sus problemas de salud, incluso le ha llegado a pedir cosas que tienen un alto costo, la menor no recibe ningún apoyo económico por parte de su madre, padre siente que su hija no retribuye el esfuerzo que

realiza por ella, la mayor parte del día está encerrada en su cuarto con el celular, conectada a internet, sus notas están por debajo de lo esperado, desaprobado tres cursos, los profesores comunican que la mayor parte del tiempo se la pasa conversando en clase, el padre en varias oportunidades ha intentado quitarle el celular pero lo amenaza con que no comerá o empieza a llorar.

Es a partir del fallecimiento su abuelita que con su amiga deciden buscar ayuda, quieren dejar de hacerse daño y acuden al servicio de psicología.

Arequipa, 25 de octubre del 2018

Yoselyn Arce Larico
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Y. P. S.
Edad	: 14 años
Sexo	: Femenino
Fecha de Nacimiento	: 25-06-2004
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Nivel de escolaridad	: 3° de secundaria
Ocupación actual	: Estudiante
Estado civil	: Soltera
Religión	: Católica
Informante	: Paciente
Lugar de evaluación	: Servicio de Psicológica
Fechas de entrevista	: 8, 12, de octubre del 2018
Evaluadora	: Yoselyn Arce Larico Bachiller en psicología

II. ACTITUD PORTE Y COMPORTAMIENTO

A. Apariencia general y actitud psicomotora

Paciente de 14 años físicamente aparenta tener la edad que refiere, de contextura gruesa, con un peso aproximado de 54 kg, y una talla de 1.55 mt, es de tez trigueña, cabello corto, negro y ondulado, de frente amplia, ojos oscuros, nariz pequeña, y labios delgados.

Respecto a su arreglo personal, la adolescente se encontraba vestida con el buzo del colegio y refleja cierto desaliño en su arreglo, encontrándose con el cabello suelto y despeinado, en su aseo personal mostraba limpieza.

Se le pudo percibir tranquila, sincera y durante algunas preguntas nerviosas, viéndose reflejado en sus gestos y movimientos. Su caminar es pausado, postura encorvada mantiene poco contacto visual, su expresión predominante es de preocupación.

B. Molestia general y manera de expresarla

Refiere que ha sentido, tristeza por el fallecimiento de su abuela ya que la quería mucho, así como preocupación debido a que quiere dejar de discutir con su padre, pero siente que no la comprende, asimismo quiere dejar de hacerse daño físicamente.

C. Actitud hacia el examinador

Durante las entrevistas se mostró colaboradora, comunicativa, realizando las indicaciones dadas en todo momento.

D. Comportamiento

Su expresión facial es de, preocupación, mueve sus manos y se agarra el cabello constantemente, actitud vigilante, por momentos observa si hay alguien cerca, preocupada que pueda escuchar la conversación, es comunicativa al expresar todo lo que le sucede.

III. CONCIENCIA, ATENCIÓN, Y ORIENTACIÓN**a. Conciencia o estado de alerta**

La evaluada se encontraba en estado de alerta y vigilante sin embargo en algunas situaciones presentaba fluctuaciones en su estado de atención, lo que influye en su comprensión, interpretación, respuesta a los estímulos y en su comportamiento en forma negativa.

b. Atención

Nivel de atención adecuado demostró habilidad para atender y responder adecuadamente a los estímulos, por momentos se distraía. Lograba enfocar su atención a la tarea que se le pide que realice, sin mostrar signos de fatiga, entiende fácilmente las instrucciones que se le da y logra realizarlos de manera satisfactoria.

c. Orientación

La evaluada se encuentra orientada en el tiempo, lugar y espacio, responde a datos sobre su persona y reconoce a otras personas como sus familiares, docentes, etc.

IV. LENGUAJE

En esta área no se ha registrado signos o síntomas que indiquen la presencia de alteraciones en su lenguaje, la paciente emplea una velocidad adecuada del lenguaje, es coherente, fluido y coloquial, con un tono de voz claro; narra sus vivencias, experiencias que pasó a lo largo de su vida, presentó cierta dificultad al expresar sus sentimientos y emociones, su lenguaje comprensivo está conservado entiende y responde adecuadamente a todo lo que se le pregunta.

V. PENSAMIENTO

En el curso mantiene su organización, comprende lo que se dice y sus respuestas son coherentes guardando relación con el contexto de la conversación asociando correctamente los conceptos.

En cuanto el contenido menciona: “tengo malestar por mi apariencia física”, lo que la lleva a buscar recetas para bajar de peso, no tiene un buen concepto de sí misma, en ocasiones “piensa y siente que hablan mal de ella”, lo que la lleva a estar a la defensiva con sus compañeros, refiriendo que en el salón de clases le hacen bullying, se realiza cortes en el antebrazo, ante las malas situaciones, lo cual la ayuda a “no sentir los problemas por los que pasa”.

VI. PERCEPCIÓN

No hay alteración en su percepción sensorial, y no hay una distorsión de la realidad, no presenta ilusiones, ni alucinaciones, sin embargo, la adolescente no tiene una buena percepción de sí misma con respecto a su imagen corporal, no acepta su apariencia física.

VII. MEMORIA

Su memoria a largo y corto plazo se encuentra en un estado óptimo, se aprecia un adecuado funcionamiento de los procesos de almacenamiento fijación y evocación de información, recuerda fechas, hechos de acontecimientos significativos en su historia familiar, responde sin ninguna dificultad y con detalles ante hechos personales pasados y actuales.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

La evaluada tiene conocimientos básicos en cuanto a cultura general, ya sea hechos de la actualidad, hechos históricos, o conocimientos en las diferentes asignaturas.

Es capaz de comprender adecuadamente las semejanzas y diferencias entre dos elementos mostrados, presenta una adecuada discriminación de conceptos, da buena interpretación a los refranes que se le presentan, capacidad de abstracción y juicio conservado.

Tiene capacidad para resolver problemas en diferentes situaciones sin embargo presenta algunas ideas negativas que no logra controlar lo cual afectaría su buena resolución de problemas.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

La adolescente se muestra intranquila y cabizbaja, manifiesta tristeza por su abuelita paterna, se preocupa por los acontecimientos que le suceden y a menudo se encuentra a la defensiva con sus compañeros que quieran molestarla, lo que la lleva a reaccionar en forma negativa a través de insultos, tiene dificultad para expresar sus emociones presentando una tendencia a molestarse e irritarse con facilidad, muestra sentimientos de inadecuación hacia sí misma. Se aísla de sus compañeros prefiriendo estar la mayor parte del tiempo con su única amiga, sin embargo, en ocasiones su comportamiento tiende a tornarse voluble comportándose de manera extrovertida con las personas que están a su alrededor, molestando a sus compañeros, levantando la voz.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA

La adolescente tiene conciencia del problema actual que presenta, reconoce y acepta que varias de las acciones que realiza no está bien, comprendiendo las consecuencias de sus actos, es consciente de su situación, desea mejorar y poner de su parte para lograrlo.

XI. RESUMEN

Paciente de 14 años físicamente aparenta tener la edad que refiere, su caminar es pausado, postura encorvada, mantiene poco contacto visual. Respecto al arreglo

personal refleja cierto desaliño, en su aseo personal mostraba limpieza, durante las entrevistas se mostró colaboradora y comunicativa, realizando las indicaciones dadas. La adolescente se encuentra orientada en tiempo, lugar y espacio, se muestra intranquila y cabizbaja, denota tristeza por el fallecimiento de su abuelita, preocupación por los acontecimientos que le suceden y a menudo se encuentra con una actitud defensiva con sus compañeros que quieran molestarla, reaccionando en forma negativa a través de insultos y empujones, tiene dificultad para expresar sus emociones presentando una tendencia a molestarse e irritarse con facilidad.

En cuanto a su lenguaje, es coherente, fluido y coloquial, con un tono de voz claro, narra sus vivencias y experiencias; presentó cierta dificultad al expresar sus sentimientos y emociones, su lenguaje comprensivo está conservado entiende y responde adecuadamente a lo que se le pregunta.

En el curso de su pensamiento mantiene su organización, comprende lo que se le dice y sus respuestas son coherentes, guardando relación con el contexto de la conversación. Con respecto al contenido menciona que tiene malestar por su apariencia física, buscaba recetas para bajar de peso, no tiene un buen concepto de sí misma, en ocasiones piensa y siente que hablan mal de ella, lo que la lleva a optar por una actitud defensiva, refiere que en el salón de clases es víctima de bullying, se siente marginada, se realiza cortes en el antebrazo, ante las malas situaciones, lo cual la ayuda a “no sentir los problemas por los que pasa”.

Arequipa 31 de octubre del 2018

Yoselyn Arce Larico
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Y. P. S.
Edad	: 14 años
Sexo	: Femenino
Fecha de Nacimiento	: 25-06-2004
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: 3° de secundaria
Estado civil	: Soltera
Ocupación actual	: Estudiante
Religión	: Católica
Informante	: Paciente, padre
Lugar de evaluación	: Servicio de psicología
Fechas de evaluación	: 29, 30, de octubre del 2018
Evaluada	: Yoselyn Arce Larico Bachiller en psicología

II. OBSERVACION GENERAL DE LA CONDUCTA

La paciente se mostró colaboradora durante la entrevista y evaluación, facilitando datos e información relevante con respecto a la problemática que le aqueja; adoptando una actitud de escucha activa frente a las indicaciones, pudiendo comprenderlas sin dificultad, su expresión facial es por momentos denotaba preocupación y angustia.

III. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación.
- Entrevista.
- Pruebas psicométricas:
 - Test de Matrices Progresivas RAVEN (Computarizado)
 - Inventario Multifásico de Personalidad MINI MULT
 - Escala de autoevaluación para la depresión de Zung

- Test del dibujo de la figura humana de Karen Machover

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Test de Matrices Progresivas RAVEN (Computarizado)

a) Análisis cuantitativo

Paciente de 14 años de edad tiene un Puntaje de 42 que la ubica en el Percentil 55. Lo cual la ubica en un rango de: Término medio, posiblemente superior al término medio.

b) Análisis cuantitativo

Señalando que su capacidad intelectual le permite resolver problemas que se presentan en el desarrollo de su vida diaria, tanto de forma concreta con un grado adecuado de abstracción. Sin presentar problemas para enfrentarse a nuevas situaciones y encontrar soluciones ante hechos concretos, lo que posibilitaría un adecuado afrontamiento ante las situaciones conflictivas.

2. Inventario Multifásico de Personalidad Minimult (MMPI) versión abreviada (Mini-Mult)

a) Análisis cuantitativo

	L	F	P	HS +5	D	Hi	Dp +4	Pa	Pt +1	Es +1	Ma +2
Puntaje directo	5	4	1	4	6	7	8	6	12	10	6
Puntaje equivalente	6	18	14	10	31	35	34	15	30	20	18
Añadir k	-	-	-	3	-	-	2	-	11	12	1
Puntaje D corregido	6	18	14	23	31	35	36	15	41	46	25
Puntaje T	56	80	53	70	73	79	90	70	76	86	70

Combinaciones de las escalas

L	F	K
+/-	+	+/-

b) Análisis cualitativo

Combinación de las escalas de validez

Tiende a exagerar los problemas, lo que hace que experimente una fuerte tensión interna y la sensación de complejidad de resolverlos para llegar a posibles soluciones, tendencia a la autocrítica y el intento de ajustarse a lo que socialmente se expresa de ella.

Dp (4) Es (7)

Es posible que la adolescente descargue sus impulsos agresivos, destructivos y antisociales, y que posterior o paralelamente surja una fuerte sensación de angustia que le haga desear un mejor control de sí misma, cualquier demostración de su insatisfacción se vuelve a sí misma y hace que experimente intensa angustia y que se desarrolle una actitud de excesiva preocupación y aprensión hacia lo que le rodea, principalmente las situaciones de crisis que tenga que enfrentar. Por lo tanto, es posible que el individuo oscile entre la manifestación de su impulsividad y la búsqueda posterior de un mejor control, experimentando una desagradable sensación de angustia.

La paciente muestra altos puntajes en las escalas de histeria, personalidad psicopática, esquizofrenia. Adolescente experimenta búsqueda de aceptación, cariño, y tolerancia de su grupo, con respecto a sus relaciones interpersonales mantiene una fuerte dependencia hacia las personas por las que se siente aceptada, además muestra muy poca tolerancia a la frustración y al rechazo, posiblemente se encuentre en ella actitudes infantiles y de manipulación especialmente en la demanda afectiva su conducta puede estar acompañada por la sensación de molestias físicas a través de ello trata de manipular a los que le rodean al aumentar la importancia de sus síntomas, asimismo tendría dificultades para establecer vínculos con figuras que representan autoridad, y someterse a las imposiciones con

manifestaciones de conducta que van desde la inconformidad encubierta o llegar a la rebelión, fuerte autocrítica ante sus descargas impulsivas, se juzga con mucha severidad y declara tener una conducta poco controlada, así como dificultad para establecer relaciones interpersonales duraderas. Del mismo modo tendencia hacia el aislamiento y la fantasía, puede manifestar creencias raras o acciones grotescas presenta problemas en su capacidad para establecer relaciones interpersonales.

3. Escala de autoevaluación para la depresión de ZUNG

a) Análisis cuantitativo

La adolescente en la evaluación obtiene un puntaje directo de 49 que equivale a un percentil EAMD de 61

b) Análisis cualitativo

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede apreciar una depresión ***Moderada Intensa***. Pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de la fatigabilidad. Asimismo, indica una disminución de su nivel de actividad, dificultad para tomar decisiones o pérdida de confianza en sí misma.

4. Test de la Figura Humana de Karen Machover

a) Análisis cualitativo

De acuerdo a la evaluación la menor proyecta falta de adaptación al medio, agresividad, inmadurez, dependencia, inseguridad, sentimientos de inadecuación hacia sí misma, falta de seguridad personal, ansiedad, sensibilidad a la crítica.

V. RESUMEN

Paciente de 14 años, durante la ejecución de las pruebas se mostró colaboradora. Adoptando una actitud de escucha activa frente a las indicaciones, pudiendo comprenderlas sin dificultad.

En cuanto a los resultados de la evaluación en el área cognitiva, obtuvo un Puntaje de 42, que la ubica en un rango de término medio, por lo tanto, su capacidad intelectual le permite resolver problemas que se presenten en el desarrollo de su vida diaria, sin presentar problemas para enfrentarse a nuevas situaciones y encontrar soluciones ante

hechos concretos. En relación a su personalidad presenta elevados patrones clínicos de histeria, personalidad psicopática y esquizofrenia; la adolescente experimenta búsqueda de aceptación, cariño, y tolerancia de su grupo, con respecto a sus relaciones interpersonales mantiene una fuerte dependencia hacia las personas por las que se siente aceptada, además muestra muy poca tolerancia a la frustración y al rechazo, posiblemente se encuentre en ella actitudes infantiles y de manipulación especialmente en la demanda afectiva su conducta puede estar acompañada por la sensación de molestias físicas y a través de ello trata de manipular a los que le rodean, al aumentar la importancia de sus síntomas, asimismo dificultades para establecer vínculos con figuras que representan autoridad, y someterse a las imposiciones, con manifestaciones de conducta que van desde la inconformidad encubierta o llegar a la rebelión, fuerte autocrítica ante sus descargas impulsivas, se juzga con mucha severidad y declara tener una conducta poco controlada, dificultad para establecer relaciones interpersonales duraderas. Presenta tendencia hacia al aislamiento y la fantasía, puede manifestar creencias raras o acciones grotescas, tendencia a exagerar los problemas, que le hace experimentar una fuerte tensión interna y sensación de complejidad de resolverlos, tendencia a la autocrítica y al intento de ajustarse a lo que socialmente se expresa de ella. Es posible que la adolescente, descargue sus impulsos agresivos, destructivos, antisociales, y posterior o paralelamente surja una fuerte sensación de angustia que le haga desear un mejor control de sí misma. Por lo tanto, es posible que oscile entre la manifestación de su impulsividad y la búsqueda posterior de un mejor control.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la escala de Zung, se puede apreciar una categoría de Depresión moderada intensa generándole pérdida de interés, dificultando la toma de decisiones y pérdida de confianza en sí misma.

Proyectivamente evidencia falta de adaptación al medio, agresividad, inmadurez, dependencia, inseguridad, sentimientos de inadecuación hacia sí misma, falta de seguridad personal, ansiedad, sensibilidad a la crítica.

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Y. P. S.
Edad	: 14 años
Sexo	: Femenino
Fecha de Nacimiento	: 25-06-2004
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Nivel de escolaridad	: 3° de secundaria
Ocupación actual	: Estudiante
Estado civil	: Soltera
Religión	: Católica
Informante	: Paciente
Lugar de evaluación	: Servicio de Psicológica
Fechas de entrevista	: 25, 31 de octubre del 2018
Evaluadora	: Yoselyn Arce Larico Bachiller en psicología

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude al servicio de psicología en compañía de una amiga del colegio, refiriendo que necesita ayuda para superar su problema de “cutting”, siente rechazo por parte de sus compañeros de clase debido a su aspecto físico, se refiere a sí misma como la “marginada del salón”, “mis compañeros hablan mal de mí se burlan, por momentos no puedo controlarme porque tengo mucha cólera”, actualmente siente tristeza por el fallecimiento de su abuelita.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación.
- Entrevista.
- Pruebas psicológicas:
 - Test de Matrices Progresivas RAVEN (Computarizado)

- Inventario Multifásico de Personalidad MINI MULT
- Escala de autoevaluación para la depresión de Zung
- Test del dibujo de la figura humana de Karen Machover

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La menor no fue planificada, pero si fue muy deseada por el padre, es hija única, actualmente solo vive con su padre quien trabaja realizando mantenimiento en la misma Institución educativa donde ella estudia. El parto fue cefálico naciendo a los 9 meses sin ninguna complicación con un peso aproximado de 3:400 kg. Empezó a estudiar a la edad de 5 años, mostrándose, alegre, sociable y le gustaba tener muchos amigos. A la edad de 8 años sufre el abandono por parte de su madre, al irse con otra pareja dejándola al cuidado de su padre, a partir de los 12 años en algunas oportunidades, madre la citaba en algunos lugares con el fin de encontrarse para poder pasar tiempo juntas, sin embargo en varias ocasiones no llegaba al lugar de encuentro, generando en la menor, tristeza y enojo, en una ocasión la adolescente sin medir los peligros y sin permiso de su padre salió en busca de su progenitora, a pesar no saber dónde exactamente era su dirección, después de su búsqueda pudo llegar a encontrar la casa, teniendo que esperarla mucho tiempo al no encontrarse nadie, fue grande el impacto en ella al ver que su madre se encontraba embarazada en compañía de su nueva pareja, motivo por el que regreso llorando a casa, por lo cual prefiere evitar situaciones complicadas, y hoy en día no espera nada de ella. A esa misma edad la adolescente empezó a hacerse pequeños cortes en el antebrazo, al principio fue solo por curiosidad al ver que algunas de sus compañeras lo realizaban, posteriormente al pasar a 2° de secundaria menciona que le hacían “bullying” sentía rechazo con los comentarios de sus compañeros debido a su contextura física, considerándose “subida de peso” y buscaba recetas para adelgazar, a partir de tales incidentes, empezó a ser reiterativo los cortes en el antebrazo y las muñecas, más aún, ese mismo año tuvo su primer enamorado, el cual la dejo para estar con una de sus amigas, situación que la afectó mucho ocasionando que vuelva a autolesionarse, menciona que solo lo realiza cuando ya no puede con los problemas o algunas situaciones por las que pasa.

En la actualidad cursa el tercer año de secundaria, la estudiante tiende a aislarse no le gusta participar en las actividades grupales, se refiere a sí misma como la marginada del salón,

le cuesta controlar sus impulsos, en varias ocasiones se encuentra con una actitud defensiva, cuando piensa y siente que hablan mal de ella o quieran molestarla, considerando tales actos como una forma de solución y defensa, pasa la mayor parte del tiempo con su única amiga, que también practica cutting, en clase siempre tratan de sentarse juntas, lo que las lleva a distraerse, paciente refiere que aproximadamente hace dos meses ya no se autolesiona porque es el tiempo en el que lleva fallecida su abuelita paterna, versión que fue desmentida al hallársele nuevos cortes, en ocasiones su comportamiento tiende a tornarse voluble comportándose de manera extrovertida, molestando y levantando la voz a sus compañeros. Presenta constantes discusiones con su padre, aludiendo que él no la comprende, lo considera controlador, al no estar de acuerdo con la amistad que mantiene con su única amiga, ya que padre la considera una mala influencia para su hija, desconoce que ambas practican el cutting, no le permite tener enamorado por lo tanto no tiene conocimiento de la actual relación que su hija mantiene con un joven tres años mayor que ella, no se autolesiona, los permisos son restringidos teniendo que salir con la excusa de realizar trabajos grupales, las pocas veces que frecuenta con su tía paterna, generalmente se torna en discusiones, al increparle por no hacer bien las cosas y causarle preocupaciones a su padre, llegándose ambas a faltar el respeto verbalmente.

Padre refiere que ya no sabe qué hacer con su hija, trata de darle todo lo que puede, hace lo posible para que no le falte nada, a pesar de sus problemas de salud, incluso le ha llegado a pedir cosas que tienen un alto costo, la menor no recibe ningún apoyo económico por parte de su madre, padre siente que su hija no retribuye el esfuerzo que realiza por ella, la mayor parte del día está encerrada en su cuarto con el celular, conectada a internet, sus notas están por debajo de lo esperado, desaprobado tres cursos, los profesores comunican que la mayor parte del tiempo se la pasa conversando en clase, el padre en varias oportunidades ha intentado quitarle el celular pero lo amenaza con que no comerá o empieza a llorar.

Es a partir del fallecimiento su abuelita que con su amiga deciden buscar ayuda, quieren dejar de hacerse daño y acuden al servicio de psicología.

V. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Paciente de 14 años físicamente aparenta tener la edad que refiere, su caminar es pausado, postura encorvada, mantiene poco contacto visual. Respecto al arreglo personal refleja cierto desaliño, en su aseo personal mostraba limpieza, durante las entrevistas se mostró colaboradora y comunicativa, realizando las indicaciones dadas.

La adolescente se encuentra orientada en tiempo, lugar y espacio, se muestra intranquila y cabizbaja, denota tristeza por el fallecimiento de su abuelita, preocupación por los acontecimientos que le suceden y a menudo se encuentra con una actitud defensiva con sus compañeros que quieran molestarla, reaccionando en forma negativa a través de insultos y empujones, tiene dificultad para expresar sus emociones presentando una tendencia a molestarse e irritarse con facilidad.

En cuanto a su lenguaje, es coherente, fluido y coloquial, con un tono de voz claro, narra sus vivencias y experiencias; presentó cierta dificultad al expresar sus sentimientos y emociones, su lenguaje comprensivo está conservado entiende y responde adecuadamente a lo que se le pregunta.

En el curso de su pensamiento mantiene su organización, comprende lo que se le dice y sus respuestas son coherentes, guardando relación con el contexto de la conversación. Con respecto al contenido menciona que tiene malestar por su apariencia física, buscaba recetas para bajar de peso, no tiene un buen concepto de sí misma, en ocasiones piensa y siente que hablan mal de ella, lo que la lleva a optar por una actitud defensiva, refiere que en el salón de clases es víctima de bullying, se siente marginada, se realiza cortes en el antebrazo, ante las malas situaciones, lo cual la ayuda a “no sentir los problemas por los que pasa”.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Paciente posee una capacidad intelectual término medio, siendo indicador de un funcionamiento intelectual adecuado, es capaz de resolver problemas que se presenta en su vida cotidiana, a pesar de ello evidencia dificultades en la resolución de problemas y un inadecuado afrontamiento de situaciones conflictivas, que no le permite llegar a soluciones, sumado a la pérdida de interés, aumento de fatigabilidad y pesimismo hacia sus propias actividades y capacidades, presenta un bajo rendimiento escolar desaprobando tres cursos.

En relación a su personalidad se evidencia rasgos de introversión e impulsividad, con una actitud cambiante e inestable emocionalmente con cambios de humor variable, problemas en su capacidad para establecer relaciones interpersonales duraderas, asimismo sentimientos de inseguridad asociados a su baja autoestima y susceptibilidad a la crítica, refiriéndose a sí misma como marginada del salón, ante situaciones estresantes pierde el control y reacciona de manera impulsiva, optando por una conducta defensiva, anticipándose a mitigar alguna amenaza cuando piensa y siente que hablan mal de ella o quieran molestarla, insultando y empujando a sus compañeros, como una manera de defensa y solución, lo cual le genera más conflictos, presenta constantes discusiones con su padre, mencionando que para ella a veces es difícil quedarse callada cuando le llaman la atención.

Muestra cierta dependencia a las personas por las que se siente aceptada, ante situaciones donde experimenta estrés y frustración recurre a autolesionarse haciéndose pequeños cortes en las muñecas y antebrazos, como un alivio a sus problemas. Busca aceptación, cariño, y tolerancia, presenta poca tolerancia al rechazo.

Manifiesta actitudes de manipulación, se torna caprichosa hasta conseguir lo que quiere como permisos o algo material, cuando su padre quiere regañarla e intenta dar un castigo, la menor recurre al llanto, amenaza con que no comerá o refiere sentirse mal físicamente. Presenta problemas para establecer vínculos con figuras que representan autoridad.

VII. DIAGNÓSTICO

Paciente de 14 años, con un coeficiente intelectual término medio, evidencia dificultades en la resolución de problemas y un inadecuado afrontamiento de situaciones conflictivas, presenta rasgos de introversión e inadecuado control de impulsos, muchas veces reacciona sin pensar en las consecuencias, es susceptible a las críticas, en situaciones donde experimenta mucho estrés y frustración recurre a autolesionarse. Problemas en su capacidad para establecer relaciones interpersonales duraderas, dificultad para someterse a la autoridad, pérdida de interés en las actividades que realiza, por momentos se torna caprichosa esperando conseguir lo que quiere.

Muestra rasgos de inestabilidad emocional, inadecuado control de impulsos propios a la presencia de un **Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F 60.3)** según el CIE-10.

VIII. PRONÓSTICO

Reservado debido a que no cuenta con un soporte familiar adecuado.

IX. RECOMENDACIONES

- Se recomienda una terapia psicológica orientada a modificar su autoconcepto, pensamientos distorsionados y mejorar su manejo de control de impulsos.
- Entrenamiento de habilidades sociales.
- Terapia familiar orientada a la integración y fortalecimiento del vínculo afectivo entre padre e hija.

Arequipa 31 de octubre del 2018

Yoselyn Arce Larico
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Y. P. S.
Edad	: 14 años
Sexo	: Femenino
Fecha de Nacimiento	: 25-06-2004
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Nivel de escolaridad	: 3° de secundaria
Ocupación actual	: Estudiante
Estado civil	: Soltera
Religión	: Católica
Informante	: Paciente
Lugar de evaluación	: Servicio de Psicológica
Fechas de entrevista	: 8, 12, 29, 30, 31 de octubre del 2018
Evaluada	: Yoselyn Arce Larico Bachiller en psicología

II. DIAGNÓSTICO

Paciente de 14 años, con un coeficiente intelectual término medio, evidencia dificultades en la resolución de problemas y un inadecuado afrontamiento de situaciones conflictivas, presenta rasgos de introversión e inadecuado control de impulsos, muchas veces reacciona sin pensar en las consecuencias, es susceptible a las críticas, en situaciones donde experimenta mucho estrés y frustración recurre a autolesionarse. Problemas en su capacidad para establecer relaciones interpersonales duraderas, dificultad para someterse a la autoridad, pérdida de interés en las actividades que realiza, por momentos se torna caprichosa esperando conseguir lo que quiere.

Muestra rasgos de inestabilidad emocional, inadecuado control de impulsos propios a la presencia de un **Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F 60.3)** según el CIE-10.

III. OBJETIVO GENERAL

Disminuir las conductas autolíticas, fomentar un buen autoconcepto de esa manera aumentar su autoestima, controlar las reacciones impulsivas, ayudándola a actuar de manera asertiva y mejorando la comunicación con su padre, a través del desarrollo de habilidades que le permitan afrontar sus conflictos.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Lograr que el paciente se relaje y tranquilice mental y físicamente, a través de la estimulación y relajación de los músculos
- Que la paciente pueda discriminar las consecuencias que está causando el problema.
- Fomentar el control de sus impulsos, pensamientos, emociones, para su adecuada expresión.
- Aprender a reconocer y valorar sus cualidades. Reconociendo características positivas y que sea capaz de expresarla.
- Reconocer y evaluar los aspectos positivos y limitaciones de la paciente para lograr su valoración y respeto a sí misma.
- Identificar pensamientos distorsionados
- Aprender a valorar nuestras cualidades positivas
- Que la paciente adquiera habilidades cognitivas y conductuales, que le ayuden a ser respetuosa consigo misma y con los demás, regulando así sus emociones inestables (impulsos).
- Brindar información al padre sobre los cambios en la adolescencia
- Favorecer la empatía, escucha activa y la comunicación de familia a través de simulaciones.
- Mejorar la comunicación entre padre e hija.

V. DESCRIPCIÓN DE SESIONES

SESIÓN N°1	RELAJACIÓN
Objetivo	Lograr que el paciente se relaje y tranquilice mental y físicamente, a través de la estimulación y relajación de los músculos
Desarrollo	<p>Primero se explicó los beneficios de la relajación para comprensión de la técnica.</p> <p>Siguiendo los siguientes parámetros, se le indico a la paciente que busque la posición más cómoda estando sentada.</p> <p>Se le indico que se realizará una relajación a través de la respiración ayudando a que controle su inhalación y exhalación haciendo está cada vez más lenta.</p> <p>Posteriormente se realizó la relación progresiva de distintas partes del cuerpo se le dio la consigna de tensar y relajar los músculos de manera ordenada, empezando por los músculos de la cara, la frente, ojo, nariz, boca, lengua, labios, mandíbula y sucesivamente con los músculos del cuello siguiendo dicho ejercicio de manera descendente hasta llegar a los pies.</p> <p>Al finalizar se le indico que realice esta práctica cuando se sienta tensa.</p>
Materiales	Silla
Tiempo total	40 minutos

SESIN N°2	“CONOCIENDO MI PROBLEMA”
Objetivo	Que la paciente pueda discriminar las consecuencias que está causando el problema.
Desarrollo	<p>La paciente se presenta diciendo su nombre, su hobbies, sus propósitos, lo que más desea en el momento. Se le pregunta: ¿Qué es lo que más le preocupa?</p> <p>Se hace una pequeña reflexión de todo lo vivido hasta el momento.</p> <p>Se procede a entregarle papel bond y lapiceros y pedirle a la paciente que escriba lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Día de la semana y hora b) Situación ¿qué ocurre? c) Preocupación ¿qué pienso y qué hago para solucionarlo? d) Emoción ¿qué siento? <p>Para terminar se hace una reflexión sobre las situaciones que le provocan estados de cólera, preocupación, lo que piensa durante la situación y la emoción, que la lleva a realizarse los cortes. Tomando en cuenta el nivel de ansiedad que le provoca después de realizada la acción.</p>
Materiales	Hojas, lapiceros
Tiempo total	45 minutos

SESIÓN N°3	DESCARGANDO EMOCIONES
Objetivo	Fomentar el control de sus impulsos, pensamientos, emociones, para su adecuada expresión.
Desarrollo	<p>Se le pide sentarse cómodamente, se realiza el repaso del ejercicio de relajación muscular, posteriormente se le indica que recuerde un suceso en el cual haya experimentado una fuerte frustración.</p> <p>Se le brinda el cojín, cierra los ojos y se le da la consigna de narrar lo sucedido, asimismo puede golpear, apretar, gritar y cualquier otra acción para desahogar toda la tensión acumulada, luego se vuelve a un estado de calma.</p> <p>De igual manera se puede trabajar con cada acontecimiento que le genere una fuerte tensión.</p>
Materiales	Cojín
Tiempo total	45 minutos

SESIÓN N°4	AUTOESTIMA
Objetivo	Aprender a reconocer y valorar sus cualidades. Reconociendo características positivas y que sea capaz de expresarla.
Desarrollo	<p>Se hace una pequeña introducción acerca de lo que significa autoestima, pidiendo a la paciente que dé su opinión acerca del tema.</p> <p>Se le explica que la autoestima es el concepto que tenemos de nosotros mismos, la cual se basa en la percepción que tenemos de nosotros mismos y las que creemos que tienen los demás de nosotros. Las relaciones interpersonales más significativas como nuestros padres, profesores y amigos son los que contribuyen a favorecer o dificultar las experiencias sociales en las que comprobamos nuestras cualidades. A continuación, se le entrega una hoja en donde escribirá la palabra “YO SOY” y la paciente deberá nombrar 5 cualidades que posee, entre logros y capacidades.</p> <p>Terminada la primera actividad se le pide que escriba una lista con 5 cualidades negativas que le gustaría mejorar.</p> <p>Luego en otra hoja la frase “YO TENGO” y también vemos todos los recursos que me ayuden a mejorar</p> <p>Por último, “YO PUEDO”, todas las metas que podemos plantear reconociendo lo que soy y lo que tengo que me ayudaran a lograr mis metas.</p> <p>Finalmente, se le pregunta las dificultades que ha tenido.</p>
Materiales	Hojas, lapiceros
Tiempo total	45 minutos

SESIÓN N°5	AUTOCONCEPTO
Objetivo	Reconocer y evaluar los aspectos positivos y limitaciones de la paciente para lograr su valoración y respeto a sí misma.
Desarrollo	<p>Se le pide que responda a las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo se considera? - ¿Cómo se encuentra en la familia? - ¿Cómo se encuentra en el colegio? - ¿Cómo se relaciona con los demás? - ¿Cómo considera que la ven los demás? - ¿Qué es lo que más le molesta de sí misma? - ¿Qué es lo que más le gusta de sí misma? <p>Luego se analiza las respuestas junto a ella, realzando sus características positivas y la importancia de reconocer sus defectos. Se le explicara que el primer paso es reconocer en realidad quien es.</p> <p>Para afianzar, se hace una lista donde escriba sus defectos y aspectos positivos. Con ello se concluye que es importante afirmar nuestra propia apreciación de forma realista y optimista.</p> <p>Finalmente se le pregunta las dificultades que ha tenido y se hace una breve explicación del autoconcepto y su relación con la autoestima.</p>
Materiales	Hojas, lapiceros
Tiempo total	45 minutos

SESIÓN N°6	RECONOCIENDO PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS
Objetivo	Identificar pensamientos distorsionados.
Desarrollo	<p>1. A continuación repasaremos las distorsiones o errores de pensamiento más comunes que pueden presentar nuestros pensamientos automáticos, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensamiento de todo o nada - Generalización excesiva - Filtro mental - Descalificación de lo positivo - Conclusiones precipitadas - Magnificación - Etiquetación - Personalización - Razonamiento emocional - Los deberías <p>2. Se incrementara la comprensión de los pensamientos distorsionados, se le planteará ejercicios donde va discriminar los irracionales, la paciente identificara sus pensamientos irracionales mediante una ficha.</p> <p>3. Finalmente, trabajará en casa la identificación y cambio de pensamientos distorsionados mediante un auto registro.</p>
Materiales	Hojas, lapiceros
Tiempo total	45 minutos

SESIÓN N°7	NUESTRAS CUALIDADES
Objetivo	Aprender a valorar nuestras cualidades positivas
Desarrollo	<p>Se trabajará con el salón de clase de la paciente y se les explicará a los participantes que en la dinámica solo se deberán centrarse en las características positivas de sus compañeros, capacidades y cualidades.</p> <p>A continuación se les pedirá a todos los participantes que formen dos círculos, con la misma cantidad de personas, una detrás de otra llegando a formar dos círculos, cada integrante tendrá pegada en la espalda una cartulina, las personas que se encuentren en el círculo exterior tendrán que recorrer compañero por compañero escribiendo una cualidad positiva al que tiene pegada la cartulina, hasta llegar al primero que les toco, posteriormente cambian de posición y ahora los otros compañeros de igual manera irán escribiendo en cada cartulina hasta completar la acción.</p> <p>Se pedirá voluntarios para que lean lo que les escribieron y cuál es su opinión.</p> <p>Al final se pedirá a la paciente que realice una comparación de la lista que realizó en la anterior sesión y la lista sobre lo que piensan los demás sobre ella que nos cuente su experiencia y como se siente.</p> <p>Al final se le hará una pequeña reflexión de sus cualidades positivas, así como del resto de sus compañeros, y la importancia de que se expresen las cualidades positivas y logros de las personas para la autovaloración positiva de su autoconcepto.</p>
Materiales	Hojas, lapiceros
Tiempo total	45 minutos

SESIÓN N°8	ASERTIVIDAD
Objetivo	Que la paciente adquiriera habilidades cognitivas y conductuales, que le ayuden a ser respetuosa consigo misma y con los demás, regulando así sus emociones inestables (impulsos).
Desarrollo	<p>Se da un concepto de comportamiento de asertivo, pasivo y agresivo, explicándole en que consiste cada uno, haciendo énfasis que son estos dos últimos los que llevan a una situación conflictiva.</p> <p>A manera de reforzamiento, se le cuenta una historia en la cual se cometió agresión sobre unos personajes y otros fueron agraviados. Luego se le formularan preguntas para contestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué fue lo que sucedió? - ¿Qué fue lo que hicieron y dijeron en esa situación? - ¿Cómo se sintieron durante la situación? - ¿Cómo se sintieron después? - ¿Por qué razones consideras que se comportaron así? - ¿Cuáles crees que son los derechos que no respetaron? <p>El mismo ejercicio se realiza con una experiencia propia de la paciente.</p>
Materiales	Hojas, lapiceros
Tiempo total	30 minutos

SESIÓN N°9	ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA
Objetivo	Brindar información al padre sobre los cambios en la adolescencia.
Desarrollo	<p>Primero se hablará con el padre haciéndole saber, que su apoyo es necesario para la mejora de la su hija</p> <p>Se brindará información se hablará sobre los cambios en la adolescencia, tanto a nivel físico como emocional, pautas de crianza, asimismo se dio respuesta a todas las preguntas realizadas por el padre.</p>
Materiales	Hojas, lapiceros, fichas
Tiempo total	30 minutos

SESION N°10	ROL PLAYING
Técnica	Cognitivo conductual
Objetivo	Favorecer la empatía, escucha activa y la comunicación de familia a través de simulaciones.
Desarrollo de la técnica	<p>Después de haber conversado con el padre de la paciente, se le señala lo siguiente:</p> <p>A veces puede parecer que dialogamos, pero la verdad es que no escuchamos.</p> <p>Escuchar es una manera, muchas veces la mejor, de demostrar cariño, de probar con obras que esa persona nos importa. Las conversaciones se hacen incoherentes y hasta agresivas, porque no oímos bien lo que nos dicen y respondemos a lo que creemos que se nos dijo, no a lo que realmente dijo.</p> <p>Para el ejercicio el padre dará un ejemplo de la conducta que generalmente ve en su hija incluyendo gestos, ademanes, tono de voz que utiliza.</p> <p>Se realizara el mismo ejercicio con la hija imitando alguna conducta del padre.</p> <p>Posteriormente se realizara los comentarios respecto al ejercicio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realmente se dan tales situaciones, con qué frecuencia, en que momentos - como se sintió cada uno - Que reacciones pensó que uno iba hacer del otro
Materiales	2 sillas
Tiempo total	45 minutos

SESION N°11	ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA
Objetivo	Mejorar la comunicación entre padre e hija.
Desarrollo	<p>Primero se hablará con el padre haciéndole saber la importancia de entablar una buena comunicación con su hija, se realizará lo mismo con la menor en tiempos diferentes.</p> <p>Posteriormente ambos ingresan al departamento de psicología, se hablará sobre el estado de la paciente, que medidas ambos deberán tomar en casa y prioritariamente deberán mejorar la forma de comunicación entre ellos, para que pueda darse la confianza, sin perder el respeto que la hija debe de tener a su padre.</p> <p>Ambos darán sus puntos de vista y ver en qué aspectos tienen dificultades y en que pueden mejorar.</p>
Materiales	Hojas, lapiceros
Tiempo total	30 minutos

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Se realizará durante un tiempo aproximado de 3 meses con una sesión por semana. Tales sesiones tendrán una duración de 30 a 45 minutos aproximadamente cada una de ellas de acuerdo a una previa coordinación de horarios.

VII. AVANCES DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

- La paciente aprendió técnicas de relajación que le permite tener mayor control de sus impulsos y emociones, además de estar más calmada en situaciones estresantes lo que le permite manifestar sus emociones evitando autolesionarse.
- La adolescente va adquiriendo confianza y seguridad en ella misma a través de la mejora de su percepción sobre sí misma.
- La adolescente comprende el esfuerzo que su padre realiza por ella y ambos están comprometidos en mejorar su comunicación y convivencia.
- Padre e hija asistirán a familias fuertes para fortalecer su vínculo afectivo.

ANEXOS

TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN

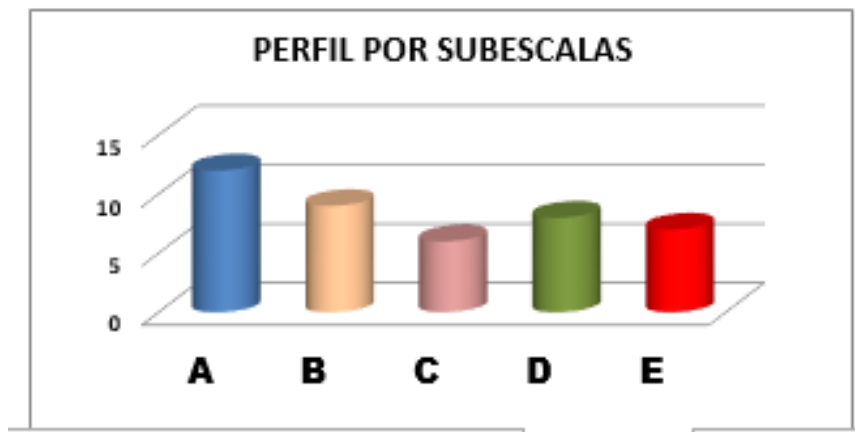
PERFIL DE INTELIGENCIA GENERAL

Nombre Y.P.S
Edad 14 Sexo FEMENINO
Grado o de secunda Sección B
Fecha 29/10/2018

SUB TEST	JE BRUT	PARCIA	CATEGORIA
A	12	100	Término medio, posiblemente superior al término medio
B	9	75	
C	6	50	
D	8	67	
E	7	75	
TOTAL CI	42	55	

INTERPRETACION

Y.P.S de 14 años de edad
Tiene un Puntaje de 42 que lo ubica en el Perc 55
Nos indica que se ubica en la categoría de:
Término medio, posiblemente superior al término medio



Inventario Multifásico de la Personalidad MINI MULT

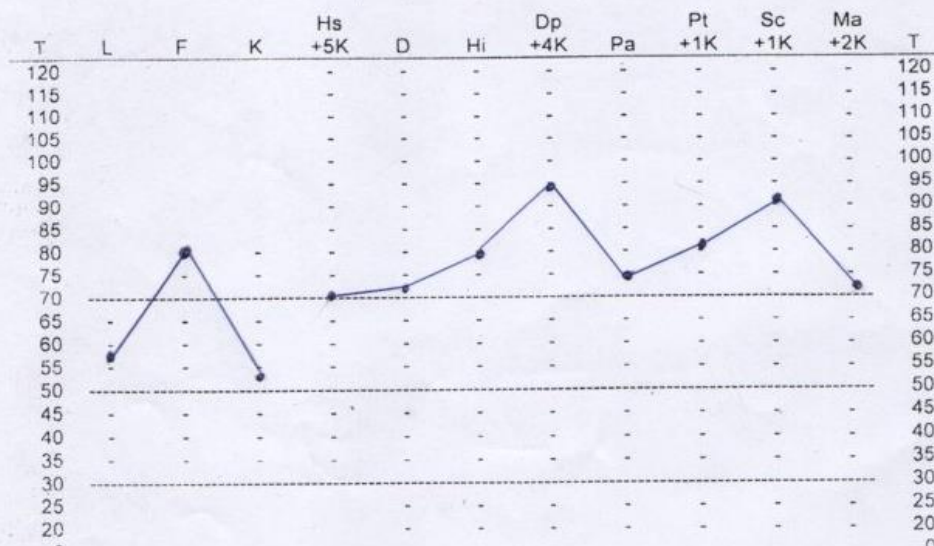
MINI MULT (Hoja de Respuesta)

Nombres y apellidos: <u>J.P.S</u>			Edad: <u>14 años</u>		
Estado Civil: <u>Soltera</u>			Grado de Instrucción: <u>3^{ro} de secundaria</u>		
Ocupación: <u>Estudiante</u>			Fecha de examen: <u>29/10/18</u>		

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

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	5	4	1	4	6	7	8	6	12	10	6
Puntaje Equivalente	6	18	14	20	31	35	34	15	30	20	18
Añadir K				3			2		11	12	1
Puntaje Directo Corregido	6	18	14	23	31	35	36	15	41	46	25
Puntaje T	56	80	53	70	73	79	90	70	76	86	70

DIAGNÓSTICO: Paciente puntua alto en tres componentes: Histeria (Hi), Desviaciones psicopáticas (Dp), Esquizofrenia (Sc)



Escala de Depresión de ZUNG



ESCALA DE ZUNG DEPRESIÓN



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

Nombre: Y.P.S 14 años 30/10/18

Marque con un círculo el número que se ajuste a su respuesta

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Me siento triste y decaído	1	X	3	4
2. Por las mañanas me siento mejor	4	X	2	1
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro	1	X	3	4
4. Me cuesta mucho dormir por las noches	X	2	3	4
5. Como igual que antes	4	X	2	1
6. Aún tengo deseos sexuales	X	3	2	1
7. Noto que estoy adelgazando	1	X	3	4
8. Estoy estreñado	X	2	3	4
9. El corazon me late mas rápido que antes	X	2	3	4
10. Me canso sin motivo	1	X	3	4
11. Mi mente esta tan despejada como antes	X	3	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	1	X	3	4
14. Tengo confianza en el futuro	X	3	2	1
15. Estoy más irritable que antes	1	2	X	4
16. Encuentro fácil tomar decisiones	X	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario	1	X	3	4
18. Encuentro agradable vivir	4	X	2	1
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto	X	2	3	4
20. Me gusta las mismas cosas que antes	4	3	X	1

PUNTAJE TOTAL:

49

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

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

Test de la Figura Humana de Karem Machover



