

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE AREQUIPA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS

DE LA COMUNICACIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**SENTIDO DEL HUMOR Y RESILIENCIA EN ADOLESCENTES DE NIVEL
SECUNDARIO EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA DE
AREQUIPA, 2019**

Tesis presentada por los bachilleres:
ANDRE ITAMAR ÑAHUIN CAPCHA
KAREN MICHELL ROJO CHOQUE

Para optar el Título profesional de
psicólogos

Asesora:
Mg. Verónica Milagros Bellido Lazo

AREQUIPA - PERÚ
2019

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

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 MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR.

Cumpliendo con las normas y lineamientos del reglamento de grados académicos y títulos profesionales de la Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, presentamos a vuestra consideración la tesis titulada “**SENTIDO DEL HUMOR Y RESILIENCIA EN ADOLESCENTES DE NIVEL SECUNDARIO EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA DE AREQUIPA, 2019**” trabajo que al ser evaluado y aprobado nos permitirá obtener el Título Profesional de Psicólogos.

Arequipa, diciembre del 2019

Bachilleres:

Andre Itamar Ñahuin Capcha

Karen Michell Rojo Choque

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedicamos en primer lugar a Dios por haber guiado nuestro camino; a nuestros Padres quienes han sido un ejemplo de vida, brindándonos en todo momento su apoyo incondicional y sus consejos para hacer de nosotros mejores personas, a nuestros hermanos por alentarnos a conseguir nuestros objetivos y para todas aquellas personas que de una u otra manera han contribuido en el logro de nuestros metas.

Andre Itamar Ñahuin Capcha

Karen Michell Rojo Choque

AGRADECIMIENTO

Al director, tutores y psicólogo de la Institución Educativa La Gran Unidad Escolar “Mariano Melgar” quienes nos brindaron el espacio para realizar la presente investigación.

A los estudiantes de secundaria, quienes participaron entusiastamente y sin ellos no hubiese sido posible el presente trabajo.

A nuestros padres, quienes han sido un ejemplo de vida, brindándonos en todo momento su apoyo incondicional y sus consejos para hacer de nosotros mejores personas.

A nuestros docentes de la Escuela Profesional de Psicología a quienes debemos gran parte de los conocimientos, que poseemos para desarrollar esta hermosa carrera.

Andre Itamar Ñahuin Capcha

Karen Michell Rojo Choque

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre el sentido del humor y la resiliencia en adolescentes de una institución pública de Arequipa. La muestra consta de 360 estudiantes de ambos sexos, de los cuales 140 son mujeres y 220 son varones, cuyas edades oscilan entre 11 y 17 años quienes fueron elegidos por un diseño de muestreo intencional no probabilístico. Esta investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional y con un diseño no experimental correlacional y transversal. Las pruebas utilizadas para la investigación fueron el Cuestionario de Estilos de Humor (HSQ), de Martin, Puhlik-Doris, Larse, Gray y Weir y la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild & Young. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25 y el coeficiente de correlación de Spearman donde se encontró que existe una relación estadísticamente significativa y directa entre el humor afiliativo y el humor de automejoramiento con la resiliencia, así como una relación inversa entre el humor agresivo y la resiliencia y ninguna relación entre el humor autodescalificador y la resiliencia. Los resultados también indican que en los estilos del sentido del humor; la mayoría de adolescentes presentan un nivel medio de humor afiliativo y un nivel bajo en el humor de automejoramiento, agresivo y autodescalificador. Así como niveles altos de resiliencia. También se encontró que no existen diferencias significativas entre sentido del humor y la resiliencia entre varones y mujeres. Por ultimo respecto a los ciclos de estudios si se encontró diferencias estadísticamente significativas en la resiliencia y los estilos del sentido del humor, siendo así que los alumnos de VII ciclo tienen una mayor resiliencia que los del VI ciclo; además de que los alumnos de VII ciclo poseen un mayor humor de automejoramiento y autodescalificador que los del VI ciclo; y en el humor agresivo los alumnos del VI ciclo son quienes presentan mayores puntajes que los del VII ciclo.

Palabras Claves: Sentido del Humor, Resiliencia, Adolescentes.

ABSTRACT

This research aims to determine the relationship between the sense of humor and resilience in adolescents of a public institution in Arequipa. The sample consists of 360 students of both sexes, of which 140 are women and 220 are men, whose ages range between 11 and 17 years who were chosen for an intentional sampling design not probabilistic. This research is quantitative, descriptive-correlational and with a non-experimental correlational and transversal design. The tests used for the investigation were the Humor Styles Questionnaire (HSQ), by Martin, Puhlik-Doris, Larse, Gray and Weir and the Resilience Scale (ER) of Wagnild & Young. For the data processing, the statistical program SPSS version 25 and the Spearman correlation coefficient were used, where it was found that there is a statistically significant and direct relationship between affiliate humor and self-improvement mood with resilience, as well as an inverse relationship between aggressive humor and resilience and no relationship between self-disqualifying humor and resilience. The results also indicate that in the styles of sense of humor; Most adolescents have a medium level of affiliative humor and a low level of self-improvement, aggressive and self-disqualifying humor. As well as high levels of resilience. It was also found that there are no significant differences between sense of humor and resilience between men and women. Finally, regarding the study cycles, if statistically significant differences were found in the resilience and the styles of the sense of humor, being that the students of the seventh cycle have a greater resilience than those of the sixth cycle; in addition to that the students of VII cycle have a greater mood of self-improvement and self-disqualification than those of the VI cycle; and in the aggressive mood the students of the VI cycle are those who present higher scores than those of the VII cycle.

Keywords: Sense of Humor, Resilience, Adolescents.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	xii
INTRODUCCIÓN.....	xiii

CAPÍTULO I

LA INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
2. HIPÓTESIS	4
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
A. OBJETIVO GENERAL.....	4
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
4. IMPORTANCIA	5
5. LIMITACIONES	7
6. DEFINICIÓN DE TERMINOS	8
A. SENTIDO DEL HUMOR	8
B. RESILIENCIA.....	8

C. ADOLESCENCIA	8
7. VARIABLES	8
A. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	8
B. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	9

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1. SENTIDO DEL HUMOR.....	10
A. Definiciones de Sentido del Humor	10
a. Sentido del Humor	17
b. Humor	17
c. Risa.....	18
B. Origen del Sentido del Humor.....	19
C. Las Corrientes de la Psicología sobre el Sentido del Humor	21
a. Psicoanálisis.....	21
b. Conductismo Operante.....	23
c. Cognitivo Conductual.....	23
d. Humanismo.....	24
D. Teorías sobre el Sentido del Humor.....	25
a. Teoría de la Superioridad	25
b. Teoría de la Incongruencia	26
c. Teoría de la Liberación	28
d. Teoría de la Excitación	29

e. Teoría de la Inversión.....	29
E. Los Estilos del Sentido del Humor	30
a. Humor Afiliativo	30
b. Humor de Automejoramiento Personal.....	31
c. Humor Agresivo	32
d. Humor Autodescalificador	33
F. Desarrollo del Humor en el Ser Humano	34
a. El proceso del Humor en el Cerebro	35
G. Beneficios del Humor	36
2. RESILIENCIA	38
A. Definiciones de Resiliencia	38
B. Evolución Histórica	40
a. Primera Generación: Resiliencia como cualidad	40
b. Segunda Generación: Resiliencia como proceso	42
c. Tercera Generación: Construcción de la Resiliencia	44
C. Modelos de Resiliencia	48
a. Modelo de Mándalas de Wolin y Wolin.....	48
b. Modelo de Verbalizaciones de Edith Grotberg.....	49
c. Modelo de la Rueda de Resiliencia de Henderson y Milstein	50
d. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner	52
e. Modelo de Richardson.....	53
f. Modelo de Resiliencia Comunitaria de Suárez Ojeda	54

g. Modelo de la Casita de Vanistendal	55
h. Modelo Bifactorial de Wagnild y Young	56
D. Dimensiones de la Resiliencia	57
E. Componentes de la Resiliencia	58
F. Factores Personales de la Resiliencia.....	59
G. Factores que Condicionan la Resiliencia.....	61
H. Características de las Personas Resilientes.	62
I. Resiliencia en Adolescentes.....	62
J. Ambientes que favorecen la Resiliencia.....	64
3. ADOLESCENCIA	65
A. Definiciones de Adolescencia	65
B. Situación de los Adolescentes en el Perú	67
a. Indicadores Socioeconómicos.....	67
b. Consumo de Alcohol y Drogas.....	69
c. Salud Mental	71
d. Violencia hacia los Adolescentes.....	72
e. Salud Sexual y Reproductiva	74
C. Etapas de la Adolescencia	75
a. Adolescencia Temprana	76
b. Adolescencia Intermedia	77
c. Adolescencia Tardía	77
D. Áreas de Desarrollo en la Adolescencia.....	78

a. Desarrollo Físico	78
b. Desarrollo Psicológico.....	78
c. Desarrollo Emocional	79
d. Desarrollo Social	79
E. La Importancia de la Emociones en la Adolescencia	81
a. Causas del aumento de la emotividad	81
b. Patrones Emocionales Corrientes en la Adolescencia	82

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. Tipo y Diseño de Investigación	87
A. Tipo	87
B. Diseño	87
2. Sujetos.....	88
A. Población.....	88
B. Muestra	88
3. Instrumentos y Técnicas	89
A. Cuestionario De Estilos De Humor (HSQ)	89
B. Escala De Resiliencia De Wagnild Y Young (ER)	93
4. Procedimientos.....	98

CAPITULO IV

RESULTADOS

1. Análisis e Interpretación de Datos	99
---	----

DISCUSIÓN.....	111
CONCLUSIONES	116
RECOMENDACIONES	118
REFERENCIAS	119
ANEXOS	132

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de Variables	9
Tabla 2: Niveles del estilo Humor Afiliativo	100
Tabla 3: Niveles del estilo Humor de Automejoramiento.....	101
Tabla 4: Niveles del estilo Humor Agresivo	102
Tabla 5: Niveles del estilo Humor Autodescalificador	103
Tabla 6: Niveles de Resiliencia	104
Tabla 7: Nivel de Resiliencia según el sexo	105
Tabla 8: Niveles de los estilos del Sentido del Humor según el sexo	106
Tabla 9: Nivel de Resiliencia según los Ciclos Escolares VI y VII.....	107
Tabla 10: Niveles de los Estilos del Sentido del Humor según los Ciclos Escolares VI y VII.....	108
Tabla 11: Prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov	109
Tabla 12: Relación entre los estilos del Sentido del Humor y la Resiliencia.....	110

INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda el tema del sentido del humor, el cual se puede definir como “la facultad o capacidad para la percepción o apreciación del humor” (Martin, 2007, p. 129), en su relación con el tema de resiliencia, a lo que Grotberg (citado en Melillo, 2002), define como “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas.”. Habla de la resiliencia como efectiva no sólo para enfrentar adversidades sino también para la promoción de la salud mental y emocional de las personas.

Esta relación se justifica con lo que distintitos autores han planteado considerando al sentido de humor como parte de la resiliencia, como por ejemplo Wolin y Wolin (1993), quienes consideran al humor como parte de los pilares en donde se asienta la resiliencia, planteando encontrar la parte cómica ante alguna tragedia; de modo similar Suarez (1997) plantea pilares para la construcción de la resiliencia comunitaria, en donde el humor social conforma uno de ellos. En la última década distintos autores han relacionado el sentido del humor con la resiliencia, tal es el caso de Vanistendal (2004), quien propone como un elemento necesario para la construcción de la resiliencia al sentido del humor, ubicándolo dentro del área de aptitudes sociales y personales.

Una de las etapas más importantes es la adolescencia en donde existe una reorganización y una reunificación del sí mismo y del entorno, que favorece la generación de adversidad, presentándose nuevos riesgos y confrontaciones (Krauskopt, 1996), esta autora indica que la resiliencia no puede existir si no existe adversidad y la etapa de la adolescencia implica una fuente de grandes riesgos.

Por estas razones nuestra investigación tuvo como propósito determinar la relación entre el sentido del humor y la resiliencia de los adolescentes de nivel secundario de una institución educativa pública de Arequipa.

El trabajo de investigación se ha estructurado en cinco capítulos: El primer capítulo corresponde al planteamiento del problema, en donde se expone la realidad de los adolescentes en relación con el sentido del humor y la resiliencia, para pasar, luego, a la formulación de las preguntas de investigación, la hipótesis, los objetivos, la importancia, las limitaciones, definición de términos y operacionalización de las variables.

El segundo capítulo se presenta el Marco teórico, donde se encuentra las bases teóricas que sustenta esta investigación. Mientras que en el tercer capítulo se describe la metodología del estudio; el tipo de diseño de la investigación, la población y la muestra seleccionada, así como los instrumentos utilizados para la recolección de datos, las técnicas de análisis estadístico utilizadas, y posteriormente el procedimiento que se hizo en la investigación.

En el cuarto capítulo se presentan las tablas de los resultados de la investigación, analizados e interpretados en función de los objetivos e hipótesis propuestos. Finalmente, se expone la discusión, las conclusiones a las que se ha llegado y las recomendaciones.

CAPÍTULO I

LA INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A lo largo de la vida el ser humano pasa por diferentes experiencias positivas y negativas pero en ocasiones no sabe cómo afrontar situaciones problemáticas y muchas veces lo llevan a caer en desesperanza, ansiedad, stress, depresión y no opta por tener una visión positiva de las situaciones que lo aquejan. En la etapa de la adolescencia existe una reorganización y una relación del sí mismo, del entorno, donde se presenta nuevos riesgos y confrontamientos, enfrentando una serie de situaciones que ponen en juego su capacidad adaptativa, por ello será determinante la adopción de comportamientos saludables. Krauskopt (1996), esta autora indica que la resiliencia no puede existir si no existe adversidad y la etapa de la adolescencia implica una fuente de grandes riesgos. Es por ello que vemos como herramientas positivas al sentido del humor y la resiliencia.

El sentido del humor es definido como “la facultad o capacidad para la percepción o apreciación del humor”, según Martín(2007) Así como él un gran número de investigadores han estudiado el Sentido del Humor, Martin ha logrado discriminar dos tipos de humor, el positivo y el negativo, para así comprobar la

diferencia entre estos dos tipos de humor. Martin planteo un modelo en el que explica la existencia de 4 estilos de humor, de los cuales dos son utilizados de manera positiva: Humor afiliativo y Humor de automejoramiento personal, y dos de manera negativa: Humor agresivo y Humor auto descalificador (Martin, 2007). El humor afiliativo y humor del automejoramiento personal son asociados mayormente a la habilidad para iniciar relaciones personales, interacción social positiva, amistades provechosas y disminución de la ansiedad (Jáuregui, 2008). En cambio, el humor agresivo, está relacionado con la disminución de la empatía, el inicio de conflictos, agresiones sociales y satisfacción en no relacionarse con otros, finalmente el humor autodescalificador está relacionado con sentimientos de soledad, ansiedad personal, aislamiento, deseos de reconocimiento y necesidad de ayuda (Jáuregui, 2008; Martin, 2007 citado por Carrillo, 2017).

En la investigación de “Estilos de humor y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH.” Se menciona que el humor de afiliación es utilizado por individuos que hacen bromas o cuentan chistes para entablar conversaciones de manera espontánea así como para entretener a otros. El objetivo es facilitar las relaciones interpersonales así como reducir la posible tensión que éstas puedan generar. Entre las bromas utilizadas, es posible que hagan bromas acerca de sí mismos o que “no se tomen a sí mismos tan en serio”, todo ello manteniendo la aceptación de sí mismos. El humor de afiliación se caracteriza por ser vinculante, a través de un humor positivo y es esperable en personas extrovertidas, alegres, con una autoestima adecuada, relaciones íntimas y satisfactorias así como emociones y ánimo predominantemente positivo. (Lefcourt, 2002; Vaillant, 1977 citado por Sarshar Cueva, G. 2017).

Wagnild y Young (1993), refirieron que la resiliencia es una característica positiva de la personalidad, la cual permite resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas. Además, puede entenderse como la capacidad de una persona, que a pesar de las condiciones de vida adversas y a las frustraciones que atraviesa, puede superarlas y salir de ellas fortalecido e incluso transformado.

A partir del modelo teórico de Wagnild y Young (1993), se describieron 5 dimensiones: La Ecuanimidad, que hace referencia a una visión equilibrada de la vida y la experiencia adquirida a lo largo de la misma, asumiendo con tranquilidad los sucesos y modulando conductas frente a la adversidad; La Perseverancia, que se perfila como la constancia y resistencia ante situaciones complejas o desaliento impulsado por un deseo vehemente de logro y autodisciplina; La Confianza en sí mismo, que es creer en las capacidades y habilidades que se posee; La Satisfacción personal, que consiste en asumir y comprender el significado de la vida y el cómo cada persona contribuye a esta y la dimensión Sentirse bien sólo que revela la satisfacción que genera la libertad y el saber que se es único e importante.

Según Grotberg (1996), la resiliencia es una capacidad, no es magia, no es un milagro, ni algo que sucede a un grupo selecto de personas. Es parte del proceso del desarrollo y se presenta esencialmente en la dinámica e interacción de factores como: el soporte social, habilidades y fortaleza interna. Debido al desconocimiento para resolver problemas o cómo afrontarlos, es que los adolescentes no cuentan con las estrategias adecuadas, es así como el sentido del humor se convierte en un recurso para que desarrolle la resiliencia.

Por tal motivo es fundamental establecer y describir, la relación entre el Sentido del Humor y la Resiliencia en los adolescentes de una Institución Educativa pública de Arequipa y así determinar si existe relación entre ambas variables.

Por lo anteriormente expuesto, nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre el sentido del humor y la resiliencia de los adolescentes de nivel secundario de una institución educativa pública de Arequipa?

2. HIPÓTESIS

H₁: A mayor sentido del humor mayor resiliencia en adolescentes de nivel secundario de una institución educativa pública de Arequipa.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el sentido del humor y la resiliencia de los adolescentes de nivel secundario de una institución educativa pública de Arequipa.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a.** Identificar los niveles de los estilos del sentido del humor que presentan los adolescentes de nivel secundario de una institución educativa pública de Arequipa.
- b.** Reconocer los niveles de resiliencia que presentan los adolescentes de nivel secundario de una institución educativa pública de Arequipa.
- c.** Reconocer la diferencia significativa entre los estilos del sentido del humor y la resiliencia según el sexo y ciclo de estudios.

- d. Establecer la relación existente entre los niveles de los estilos del sentido del humor y los niveles de resiliencia de los adolescentes de nivel secundario.

4. IMPORTANCIA

El presente estudio servirá como aporte a la psicología positiva como una rama que se enfoca en los aspectos positivos del individuo, como la felicidad, la satisfacción con la vida, la esperanza, el optimismo, la resiliencia, el sentido del humor, entre otros; dejando de lado los aspectos negativos y patológicos del ser humano, por esa razón nos orientamos al estudio del sentido del humor y la resiliencia como herramientas para superar las adversidades de la vida y generar estabilidad emocional del individuo desde el uso de sus fortalezas internas, previniendo así la incidencia de las psicopatología.

A nivel local la resiliencia ha sido relacionada con otras variables como la inteligencia emocional, la familia, la socialización entre otros, sin embargo no encontramos ningún estudio en relación con el sentido del humor. Es así como el presente trabajo investigativo busca identificar y comprender las relaciones construidas entre el humor y la resiliencia desde algunas teorías y conceptualizaciones.

De lo cual se deduce que ese humor es susceptible de ser descrito como una forma de realismo optimista, dado que no niega el problema y descubre una perspectiva positiva. El profesor Friedrich Loesel de la Universidad de Erlangen-Nuremberg, afirma que la resiliencia inspira una forma de esperanza objetiva. En ese sentido resiliencia y humor constructivo son aliados naturales, como resultará evidente cuando indagemos las numerosas consecuencias positivas del humor en

situaciones difíciles. (Vanistendael, Gaberan, Humbeeck, Lecomte, Manil y Rouyer, 2013)

Además hemos observamos que el sentido del humor es un tema del cual se ha investigado poco en nuestro ámbito, en general las personas suelen utilizar el humor para menospreciar a los demás o tienen un concepto errado del mismo, así como desconocimiento de los beneficios que dan para la salud mental.

Por lo cual resaltamos la importancia del sentido del humor, reconociendo los hallazgos realizados por Kotliarenko, Cáceres & Fontecilla (1997), en el estado de arte de resiliencia; donde se nombran a autoridades como Sobstad (1995), el cual argumenta la importancia que tiene la promoción del humor, tanto para la salud física como mental de los niños. De la misma forma Vanistendael (1995), quien indica la relevancia que tiene el humor en el desarrollo de la resiliencia y señala que este aspecto ha sido mencionado escasamente en las investigaciones.

Nos enfocamos en los adolescentes, debido a que son una población vulnerable, debido a que durante esta etapa es en donde se van observando cambios físicos, los cuales son utilizados para poder ser blanco de críticas o burlas, las emociones son a esta edad aún más intensas, la inseguridad, baja autoestima y depresión están rondando en sus mentes, además de su escasa capacidad de afrontar los problemas, lo que les impide poder encontrar una solución. De igual forma se pudo evidenciar según el Ministerio de Salud (2017) que en el país, el índice de conductas de riesgo de los adolescentes se ha incrementado en los últimos años tales como son el consumo de alcohol, conductas suicidas, el embarazo precoz, la violencia, entre otras.

La investigación permitirá encontrar la relación entre el sentido del humor y la resiliencia en los adolescentes, y de esa forma contribuir como sustento para futuras investigaciones y elaboración de estrategias de intervención con los adolescentes en los diversos ámbitos como educativo, social, clínico, etc. En nuestra experiencia de trabajo con adolescentes hemos percibido los problemas que muchos de ellos atraviesan a esta edad y es por ello que nos motivó a investigar si ya contaban con la herramientas necesarias para superar las adversidades que se les presentan.

Por todo lo explicado, vemos necesaria la presente investigación porque permitirá, a partir de los resultados, comprender la relación de estas dos variables: el sentido del humor y la resiliencia en adolescentes, que contribuirá a las diversas disciplinas sociales y especialmente a la educación, en el aspecto de la promoción de la buena salud mental y la prevención ante la problemática actual.

5. LIMITACIONES

Una de las dificultades presentadas al inicio del presente estudio, fue la escasa información de pruebas adaptadas sobre el sentido del humor para el Perú y al encontrarla, se presentó la poca accesibilidad a este material por parte del autor en Lima, en donde se adaptó la prueba, quien al inicio se rehusó en entregarnos el material evaluador, sin antes no obtener el permiso del creador original que reside en Canadá.

Resultó difícil conseguir el acceso a los salones para poder aplicar los instrumentos de evaluación por parte de los docentes, debido a que ya tenían planificadas sus horas de tutoría, además del desarrollo propio de las actividades de la institución.

6. DEFINICIÓN DE TERMINOS

A. SENTIDO DEL HUMOR

Martin define al sentido del humor como “la facultad o capacidad para la percepción o apreciación del humor” (Martin, 2007, p. 129).

B. RESILIENCIA

Para Grotberg (citado en Melillo, 2002), la resiliencia se la entiende como “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas.” (p. 18). Habla de la resiliencia como efectiva no sólo para enfrentar adversidades sino también para la promoción de la salud mental y emocional de las personas.

C. ADOLESCENCIA

La adolescencia es el periodo intermedio entre la niñez y la edad adulta durante el cual el individuo aprende las habilidades necesarias para florecer como adulto, esto es desde los 11 o 12 años hasta finales de los 19 o comienzos de los 20 años (Papalia, Wendkos & Feldman, 2001).

7. VARIABLES

A. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

V1. Sentido del Humor

V2. Resiliencia

B. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1: *Operacionalización de Variables*

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	índices	Nivel de medición
V1. Sentido del Humor	Capacidad para la percepción del humor	Niveles de Estilos de Humor	Humor Afiliativo	Alto Promedio Bajo	Intervalo
			Humor de Automejoramiento		
			Humor Agresivo		
			Humor Autodescalificador		
V2. Resiliencia	Capacidad para superar las adversidades	Niveles de resiliencia		Alto Medio Bajo	Intervalo

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1. SENTIDO DEL HUMOR

A. Definiciones de Sentido del Humor

Carbelo (2005b: 80), por su parte, hace su propia definición de sentido del humor al que se refiere como: “el equilibrio dinámico entre lo que sucede y la forma de interpretarlo, e incluye la percepción de la situación por parte del sujeto, la interpretación de lo percibido y una respuesta, en este caso divertida, que capacita a la persona para ser más hábil en adaptarse a lo que le sucede, pero de manera simpática y alegre. El humor se puede integrar en un conjunto de estrategias, habilidades y automatismos que ayudan a la persona a disfrutar de la vida, a mantener un espíritu alegre y a pensar en positivo, transmitiendo confianza, afecto y acercamiento, considerando el mismo como una actitud vital que enriquece las vivencias personales transmitiéndose a los demás”.

En la actualidad todavía no existe un modelo que ajuste completamente el sentido del humor. Aunque se han buscado explicaciones y definiciones, ninguna es completamente satisfactoria y los modelos que más convencen se han respetado durante años.

La primera definición relacionada con la ciencia de la que se tiene constancia fue referida por Sully en 1902 y aludía a la complejidad que encerraba el término para definirlo con precisión, haciendo hincapié en que a menudo se utilizaba la palabra humor para determinar la habilidad con la que una persona puede hacer reír (Sully, 1902). Más tarde, Baldwin (1905), Fowler (1926) y Drever (1952), comenzaron a distinguir el término humor, de humorístico, ingenioso, sardónico, sarcástico y amplían el área y las variedades del humor apareciendo por vez primera en diccionarios de psicología. Desde entonces se han hecho numerosas aproximaciones al término desde esta disciplina (para una revisión ver Roeckelein, 2002), aunque las más relevantes datan de los últimos veinte años. A continuación se exponen algunas de las definiciones más sugerentes, por orden cronológico, encontradas en autores extranjeros (Chapman, 1996; Freedman, Kaplan y Sadock, 1997; Rush 1998; Latta, 1998) y españoles (Coderch, 1979; Garanto Alós, 1983), que son citados en la literatura y en nuestra opinión han aproximado el término a una definición utilizable para ser desarrollado en la investigación.

Chapman (1996), recoge en su libro las teorías, investigaciones y aplicaciones del humor y de la risa de las últimas décadas, y relaciona el humor con la experiencia creativa. La creatividad, explica, es un proceso por el cual se inventan patrones originales y luego se expresan. En ese sentido, el humor encierra un acto creativo al llevar implícito un elemento de incongruencia, de

sorpresa, algo inesperado. Este autor, distingue dos tipos básicos de humor, el pasivo, es decir la persona que sin manifestar conductas de humor, puede llegar a valorarlo y considerar a otros bajo un prisma humorístico y el activo, es decir el de una persona que se contempla a si misma bajo un prisma humorístico. Se entiende así que no es lo mismo ser creativo –activo- en el humor, que solo disfrutarlo –pasivo-. Añade que la persona que tiene sentido del humor tiene un alto grado de autoestima, lo que le permite aceptar sus imperfecciones y sentirse igual a los demás.

Una de las definiciones dentro del campo de la Psiquiatría se encuentra la de Freedman, Kaplan y Sadock (1997), que consideran el humor como una forma de expresión de sentimientos que produce bienestar en la persona y sin desagradables sobre los demás, así el humor “permite soportar y aceptar sentimientos de otra forma inaceptables”.

El sentido del humor como lo define Ruch (1998), es “un corazón simpático”, y encierra una característica que es la benevolencia, es decir, no es agresivo. Este autor explica que es un término en el que coexisten distintas nomenclaturas formales e informales de las diferentes disciplinas.

Latta (1998), distingue entre el sentido del humor y el sentido de lo cómico. Considera que el humor es más gradual y lo cómico más súbito. El primero no requiere de la sorpresa, es un proceso más lento e interpretativo y tiene que ver más con la comprensión de la situación que con la reacción inmediata o física, esto es, una actitud de la mente más que una actividad de la mente, un hábito más contemplativo y perceptivo. El segundo es más un “flash” intuitivo.

En España, Coderch (1979), lo identificó con el afecto en cuanto estado emocional. Afecto o humor son términos utilizados para significar un estado emocional. Si ya es difícil definir el afecto, cuando lo identifica con el humor, tal vez pueda estar describiendo el sentimiento interno del individuo que subyace cuando siente que tiene buen humor. En cada momento de nuestra vida existe un tono afectivo básico que matiza las ideas, pensamientos, fantasías, etc.

Coderch puede estar sugiriendo lo que entendemos por emoción básica. Si la persona goza de humor, su tono afectivo, pensamiento e ideas llegan a impregnarse de ésta sensación, si por el contrario el individuo siente miedo, las ideas, pensamientos y fantasías se cargan de miedo.

Garanto Alós (1983), expresó que “el humor es el estado de ánimo más o menos persistente y estable, que baña equilibradamente sentimientos, emociones, estados de ánimo o corporales, surgentes del contacto del individuo (corporalidad y psique) con el medio ambiente y que capacita al individuo para, tomando la distancia conveniente, relativizar críticamente toda clase de experiencias afectivas que se polaricen, bien sea hacia situaciones eufóricas, bien sea hacia situaciones depresivas” (p.61). Esta definición está bien ajustada a lo que entendemos en este trabajo por sentido del humor. Encerrar el humor en unas pocas palabras para definirlo es un error (Idígoras, 2002). Su naturaleza imprevisible y sorprendente hace difícil descubrir la explicación de porqué unas personas tienen o no más humor que otras. Teniendo en cuenta las aportaciones de los autores que han impulsado definiciones, los principales determinantes que se describen para el humor son los factores afectivo y cognitivo, es decir cómo se interpreta el humor y la emoción que subyace al

mismo. El humor está impregnado de paradoja, es la respuesta ante situaciones que se resuelven de forma contradictoria entre lo esperado y lo que en realidad ocurre. Este contraste es para algunos autores uno de los ejes para explicar el humor como un fenómeno casi enteramente cognitivo. Pero se intuye que tras la palabra humor, existe un problema semántico, ya que ingenio, risa o comicidad se confunden y actúan como sinónimos.

El concepto de humor es descrito como la capacidad de percibir y disfrutar de lo cómico o divertido, habilidad de algunas personas para interpretar lo que sucede desde una perspectiva jocosa. No obstante, también llega a traducirse en conducta, es decir, lo que se entiende por personas graciosas y simpáticas, capaces de hacer reír, disfrazarse o ser más juguetonas; y, finalmente el humor como expresión del estado de ánimo de quien lo disfruta, los optimistas, los alegres. Por tanto puede hablarse de varias experiencias en la vivencia del humor con creatividad asociada, personales y sociales que le otorgan un carácter multidimensional (Martín, Puhlik-Doris, Larsen Gray y Weir, 2003) y que otros refieren de las personas implicadas como en fluir, un júbilo e intensa sensación de satisfacción que va más allá de lo mero divertido, equiparable a la sensación de descubrimiento, expansión y experiencia óptima del gozo creativo parecido al que experimentan personas que controlan sus acciones, dueñas de su destino (Czikszentmihalyi, 1997).

Es necesario citar a Eysenck (1942), autor que fue pionero en encontrar el hilo conductor para el humor, y nos parece relevante porque su teoría explica un modelo basado en tres aspectos básicos del humor que, posteriormente, han reinterpretado otros autores, y que pensamos está incluido en nuestra propia acepción. Este psicólogo citó el ingenio, o la capacidad de las personas para

interpretar las cosas de una forma divertida, e investigó las posibles dimensiones del humor y explicó con un sencillo esquema triangular los componentes subyacentes al humor, que en su vértice afectivo, subyace una emoción básica que es la alegría. Ese componente emocional de alegría de la persona que ríe ante un suceso puede ir acompañado de otras emociones. El tercer vértice al que hacía referencia Eysenck es el conativo, como una especie de "adaptación superior" en la que el humor se traduce en fenómeno adaptativo, como si la persona aprendiera a adaptarse a la situación, al experimentarla de manera divertida.

El humor al igual que la realidad ha existido en nuestro mundo por mucho tiempo desde antes que se inventara una palabra para definirla. Fue en el siglo XVI cuando se utilizó la palabra humor en el sentido que lo usamos en la actualidad, en primer lugar en Inglaterra y posteriormente en otros países. La Académie française utilizó la palabra humoristique en el año 1878 y solo la palabra humor en el año 1932 (Vanistendael, Gaberan, Humbeeck, Lecomte, Manil y Rouyer, 2013). La Real Academia de la lengua define al sentido del humor como “una capacidad para ver o hacer el lado risueño o irónico de las cosas, incluso en circunstancias adversas” (RAE, 2016). Es por esto que la palabra humor suele relacionarse con: risas, chistes, bromas, juegos, burlas y ocurrencias (Deusto, 1992).

La experiencia del humor ha sido experimentada por todos en algún momento de nuestras vidas, por ejemplo cuando alguien cuenta alguna anécdota graciosa, un chiste, realiza un comentario ingenioso o un error involuntario el cual nos parecerá divertido y nos llamara la atención. Estos estímulos al agradarnos nos producirá una simple sonrisa, una risa o carcajadas

(efecto más intenso y alargado). Experimentamos el humor muchas veces durante nuestra vida, debido a que el humor siempre está ligado al juego y el disfrute resultándonos muy familiar (Martin, 2007).

Dado su naturaleza práctica y fácil entendimiento generalmente da la sensación de que no es necesario realizar una investigación. Sin embargo, los estudios en el humor empezaron desde hace mucho tiempo (Martin, 2007) y es por esto que existen diferentes definiciones sobre el sentido del humor que ha estado variando a través del tiempo (Quezada y Gianino, 2015).

Freud en 1928 indica que el humor es un mecanismo de defensa que nos permite enfrentar situaciones difíciles (Strachey y Freud, 1991).

Según Garanto (1983, p.61) menciona que el humor “es el estado de ánimo, más o menos persistente y estable, que baña equilibradamente sentimientos, emociones, estados de ánimo o corporales surgentes del contacto del individuo (corporalidad y psique)”. Maslow a pesar de que no definió el humor, menciona que los individuos autorrealizados tienen la cualidad de generar humor (Humor filosófico) (Maslow, 1991). García (2008), define al humor como una forma de vivir optimista e inteligente, donde se reconocen los obstáculos pero se mantiene el objetivo con la mejor de las actitudes. Martín a diferencia de otros lo menciona como sentido del humor y lo define como “la facultad o capacidad para la percepción o apreciación del humor” (Martin, 2007, p.129). Vanistendael et al. (2013) define al humor como un don o recurso que uno dispone con seguridad y que funciona como un regalo. Jáuregui de fine al humor como “cualquier estímulo potencial de la risa: juegos, bromas, chistes, viñetas, situaciones embarazosas, incongruencias,

inocentadas, cosquillas” (2008, p.286). Finalmente, Alarcón (2016, p.99) define al humor como un “estado emocional que puede variar en un continuo que se extiende entre buen y el mal humor. Entendido como estado, el humor es un comportamiento transitorio, su duración está asociada a situaciones psicológicas internas”.

Es importante además aclarar que el sentido del humor, humor y risa, son constructos distintos, por ello es que se exponen a continuación las tres definiciones dadas por Carbelo y Jáuregui (2006).

a. Sentido del Humor

Sentido del humor: “Es una de las fortalezas del ser humano, se refiere a una capacidad para experimentar y/o estimular una reacción muy específica, la risa (observable o no), y de esta manera conseguir o mantener un estado de ánimo positivo.”

Desde la psicología positiva el sentido del humor no se trata solamente de un remedio para prevenir enfermedades, sino que además es una virtud que fomenta un mayor bienestar y disfrute de la vida, e incluso, el crecimiento hacia una mayor humanidad y plenitud. Con respecto a la aclaración de que la risa puede ser observable o no, esto se refiere a que risa incluye aquello observable como las vocalizaciones por ejemplo; y también reacciones que no se pueden apreciar a simple vista como la activación del sistema dopaminérgico.

b. Humor

Humor: “...cualquier estímulo que pueda provocar la reacción psicofisiológica de la risa (juegos, bromas, chistes, viñetas, situaciones

embarazosas, incongruencias, inocentadas, cosquillas...”). Se va a evitar hablar del humor como estado de ánimo, aunque los psicólogos positivos hablen de estados que caracterizan al “buen humor”, porque esta definición intenta ser más concreta. Este término hace referencia a las distintas causas de la risa, que es también la acepción más común en el idioma ordinario (humor negro, verde, blanco, satírico, irónico, ingenioso, burdo, absurdo, oral, literario, gráfico, físico, improvisado). También se considera humor al humor no intencional, como los despistes, “meteduras de pata”, torpezas, etc., aunque algunos no lo entienden así.

Carbelo y Jáuregui (2006), adoptan el término humor positivo para referirse al tipo de humor que provoca una risa inofensiva, al menos en intención, diferenciable del humor negativo (agresivo, ofensivo, etc.). En este sentido también puede hablarse de un sentido del humor positivo, que busca provocar la risa propia o ajena sin ofender o agredir a nadie, distinto de un sentido del humor negativo, que busca provocar la risa incluso a costa de los demás.

c. Risa

Risa: “reacción psico-fisiológica caracterizada externamente por unas vocalizaciones repetitivas (típicamente transcritas en castellano como ja-ja, je-je, etc.), una expresión facial fácilmente reconocible (boca en una sonrisa cerrada o abierta, comisuras de los ojos arrugadas), unos movimientos corporales característicos (del abdomen, hombros, cabeza y en casos de risa intensa en todo el cuerpo) y una serie de procesos neurofisiológicos concretos (cambios respiratorios y circulatorios, activación del sistema dopaminérgico y otros circuitos neuroquímicos, etc.); internamente por una

sensación subjetiva reconocible (que llamaremos hilaridad) y de carácter placentero en mayor o menor medida.”

A la risa se la puede considerar una emoción positiva, o por lo menos la causa o reflejo externo de una emoción positiva. El goce que proporciona se ha comparado con el orgasmo sexual y otras reacciones placenteras del organismo, y de hecho activa el sistema de recompensas meso límbico dopaminérgico, asociado con diversos placeres hedónicos (Reiss, Mobbs, Greicius, Eiman y Menon, 2003; en Carbelo y Jáuregui, 2006).

B. Origen del Sentido del Humor

La palabra humor significó originariamente humedad y designó cada una de las cuatro sustancias líquidas o semilíquidas de diferente densidad que los griegos describieron en el cuerpo humano; su equilibrio, afirmaron, era la base de la salud: sangre, pituita o flema, bilis amarilla (cólera) y bilis negra (melancolía). Se creía que los cuatro humores estaban en correspondencia con los cuatro elementos, tierra, agua, aire y fuego y, asimismo, con cuatro cualidades fundamentales: frío, húmedo, seco y caliente. La teoría de los cuatro humores interesó en disciplinas como la farmacología, la gnoseología, la semiología y las doctrinas vitalistas que se desarrollaron durante los siglos XVII y XVIII (Gilson, 1981, p.115).

Esta doctrina de los cuatro humores fue explicada, en gran medida, por Hipócrates (460-377 a.C.), pocos siglos más tarde fue desarrollada por Galeno (131-210), que relacionó el equilibrio o desequilibrio humoral con la salud y la enfermedad. Para este autor, de la justa mezcla de estos cuatro elementos surge el equilibrio de toda personalidad o salud, el buen humor, índole o

temperamento; por el contrario, si la mezcla se altera aparece un estado emotivo que explica la enfermedad, y al enfermo se le designa como melancólico, flemático, sanguíneo o colérico, o enfermo del humor (Mooney, 2000).

La armonía proporcionada por la distribución de los humores se corresponde con expresiones de índole emotiva, propensión a sentimientos equilibrados o estados de ánimo que regulan la visión de la realidad; la armonía se pierde en los momentos y circunstancias adversas de la vida y cuando la persona ha de analizar sus errores. La teoría de los cuatro humores dominó el pensamiento médico durante casi dos mil años y superó la Edad Media con las aportaciones de médicos árabes, que la relacionan con las concepciones del universo, o macrocosmos, y con las del individuo o microcosmos. Algunas de estas ideas están presentes en trabajos actuales, en los que se piensa que cuando el individuo reflexiona acerca de sus posibilidades y limitaciones, amplía su autoconocimiento y su autocrítica, aprende a reconocer sus barreras e inevitables debilidades y ve las cosas en su relatividad.

Los filósofos griegos tuvieron su más relevante aportación en cómo se enfrentaron a la tragicomedia de la vida, mezcla de dolor y de gozo, y en sus obras nos revelan la armonía y la perturbación del estado de ánimo (Crescenzo, 1987, p.p. 166). La visión del humor a partir de la filosofía griega, es la del hombre que afronta equilibradamente su realidad vital, tanto si ésta se inclina a lo trágico como hacia posturas más optimistas. La comedia y la tragedia tienen su propia dinámica, su fuerza y su función; son un reflejo de la vida. Lo trágico y lo cómico pueden relacionarse con situaciones donde el ser humano no acierta a responder con sentido. Sin embargo, mientras en lo trágico no se

puede dominar la situación, en lo cómico se busca un sentido a lo que parecía no tener una respuesta adecuada; la persona, no se deja arrastrar al abismo, no sucumbe y parece como si el humor cómico se proyectase como una capacidad de ser más compresivo, con mayor apertura mental, más flexible y más tolerante. Por eso encontramos en muchos textos referencia a que la comprensión humorística no es compulsiva, es más un estado emocional que surge paralelo al hecho de dominar la situación. Sócrates puso un ejemplo refiriéndose a sí mismo, cuando acepta con humor su injusta condena a muerte y afirma con un alto grado de humildad, comprensión y flexibilidad: sólo sé que no sé nada o parezco un poco más sabio que los demás porque lo que no sé, creo también no saberlo (Fenelon, 1933, citado por Gilson p.255). Es conocido que desde la filosofía y la literatura se ha prestado atención al humor y al sentido del humor, sin embargo, a pesar de que -por ejemplo- en el año 1907 la revista *American Journal of Psychology* editara un artículo titulado *The psychology of humor* (Kline, 1907), la Psicología ha tardado más de 80 años en tener en cuenta el fenómeno, y en relacionarlo con una emoción básica como es la alegría (Fredrickson, 1998), aspecto que retomaremos más tarde.

C. Las Corrientes de la Psicología sobre el Sentido del Humor

Es necesario exponer los diversos enfoques aplicados al sentido del humor desde las diferentes escuelas psicológicas en el tiempo, por ello tenemos que:

a. Psicoanálisis

Las investigaciones sobre el sentido del humor se iniciaron con Freud durante la primera mitad del siglo XX (Martin, 2007). En su libro *el chiste y su relación con la inconsciente*, el autor señala que el chiste es una

afloración de elementos del inconsciente a la conciencia (Strachey y Freud, 1991).

Freud menciona tres partes que explican el proceso del chiste: Analítica, Sintética y la relación del sueño y el chiste. La parte Analítica indica que la psicogénesis da origen y desarrollo tanto a los procesos, fenómenos y evolución mental. La parte Sintética expone el valor del chiste como fenómeno social y que está en proceso de cambio según diversos factores. En la tercera parte nos demuestra la relación del sueño y el chiste manifestando que en ese periodo de tiempo refleja los deseos de hablar del inconsciente (Strachey y Freud, 1991).

Centrándonos en el concepto, Freud definió al humor como un mecanismo de defensa que utiliza la represión, la simbolización, la condensación y el desplazamiento. Así mismo, el autor indicó que las manifestaciones del sentido del humor están dadas en dos propiedades: el primero indica que el humor puede fusionarse con el chiste y otras variedades cómicas que en conjunto tienen la tarea de eliminar el posible desarrollo de afecto en situaciones que se pueden convertir en obstáculos para el efecto de placer. En segundo lugar, la segunda propiedad cancela el desarrollo del efecto negativo de manera completa o parcial sustrayendo parte de la energía y entrega como resultado un eco humorístico generando hasta una sonrisa que puede producir en ocasiones hasta las lágrimas (Strachey y Freud, 1991).

b. Conductismo Operante

El conductismo operante de Skinner (1971), descubrió la relación entre el aprendizaje por medio del condicionamiento operante y el humor (Papalia, Wndkos y Duskin, 2004), revelando que las conductas verbales se enlazaban con el desarrollo del sentido del humor. Además, señalaba que los bebés pronuncian sonidos sin orden aparente, siendo uno de ellos, la risa. Al recibir una respuesta positiva por parte de sus padres, el niño refuerza la reproducción de la risa. En síntesis, la sonrisa es una conducta generada por demostraciones de afecto de los padres (Papalia et al., 2004).

Skinner (1971), indicó que la sonrisa es usada como instrumento de acercamiento social, ya que esta es un símbolo de aprobación para los grupos, sin embargo esta conducta recibe refuerzos que son determinados por la cultura o historia de cada individuo, es decir es diferente según cada contexto social.

c. Cognitivo Conductual

En el enfoque cognitivo conductual, Ellis utilizó el humor en la terapia racional emotiva como estrategia para vencer las resistencias del paciente y para reemplazar o interrumpir sus ideas irracionales (Quezada y Gianino, 2015). Ellis postulaba que al utilizar los métodos humorísticos, el terapeuta estimula la confianza cliente y terapeuta, generando en el cliente la oportunidad de pensar en sus problemas sin demasiada seriedad. Estos ajustes llevan al autodescubrimiento (Ellis y Dryden, 1989), ya que podemos distanciarnos del problema a pesar de que esté aun no tenga solución (Vanistendael et al., 2013).

Al utilizar el humor como una de las técnicas principales para eliminar o disminuir el pensamiento catastrófico, hay que tener en cuenta que este debe darse de forma natural y adaptado a la situación actual del cliente, ya que el gran beneficio del humor, es que reduce al absurdo las ideas de los clientes, demostrando que sus ideas son contradictorias o ridículas, de esta manera el humor desdramatiza los problemas y brindan una mirada diferente a los dilemas (Ellis y Dryden, 1989). Esto coincide con lo expuesto por Jara (2014), quien al hablar de los beneficios cognitivos del clown, indicando que esta técnica en su mayoría de veces humorística nos permite reflexionar de forma alternativa, analizando el problema de manera plural y permitiendo su resolución de forma creativa.

d. Humanismo

El enfoque humanista de Maslow, estudió la salud mental desde la autorrealización del individuo. Los individuos autorrealizados pueden describirse como individuos espontáneos, naturales y sencillos que poseen dentro de sus cualidades el sentido del humor (Maslow, 1991).

Maslow, define al sentido del humor como un “auto actualizador”. Realizó estudios a personas que él consideraba con buena salud psicológica. En este proceso observó que este tipo de personas parecían tener excelente uso de sus potencialidades, sintiéndose seguros y poco ansiosos debido a que trabajaron psicológicamente de forma espiritual, filosófica y axiológica. Estas personas tenían además un humor filosófico y nada hostil, siendo muy diferente al del resto, ya que no pretendían burlarse de los demás (Maslow, 1991).

D. Teorías sobre el Sentido del Humor.

a. Teoría de la Superioridad

Propone el surgimiento de la risa a través de las desgracias de otros, encontrando el humor en el infortunio de otras personas donde el estatus mayor es percibido (Carbelo, 2005).

Es de la más antigua de las teorías y, fundamentalmente, se fija en la risa cuando sus causas surgen a partir de las desgracias. Platón, en sus Diálogos, y Aristóteles, en *Ética a Nicómaco*, fueron los primeros en iniciar esta teoría. Por ejemplo, Platón explicó que la risa es el efecto más directo de lo cómico, y mantuvo que la malicia o la envidia es la raíz de la diversión cómica; por ejemplo, nos reímos con las desgracias de los demás, del aspecto ridículo del otro, sobre todo al alegrarnos de no compartirlo. Platón atribuye a la risa un carácter peligroso, sobre todo porque la risa excesiva produce una descarga emocional y, por consiguiente, una pérdida de control.

Hay un paralelismo en ambas ideas, el que la risa es la expresión de la burla hacia alguien que parece inferior. Sin embargo, Aristóteles añade un matiz, asociando la risa y lo cómico como partes integrantes del equilibrio humano, añadiendo un tono de orden cuantitativo: el grado de comicidad debe ser bien medido, porque un exceso de bromas o burlas alcanza la vulgaridad y un déficit de lo mismo acarrea aburrimiento y austeridad.

Hobbes (1588-1679), filósofo empirista inglés, describe el fenómeno de la risa como un estado de autovaloración y de autosuficiencia frente a las dificultades o errores del prójimo, y este sentimiento de vanidad súbita provoca regocijo y risa. Juzgamos cómica una situación cuando vemos que el otro fracasa, mientras pensamos que nosotros la superaríamos con más

posibilidades; esto es lo que consideramos divertido. Esta teoría explica que los estímulos repentinos nos complacen y nos hacen sentir superiores o mejores que otros, o mejores de lo que éramos antes. Cuando se describe el elemento agresivo que pueda existir en el humor, es cuando se hace referencia al sentimiento de superioridad, aunque sea en circunstancias especiales.

Bergson (1973) señaló la risa como un fenómeno extraño, aislado y sin relación con el resto de la actividad humana. En su opinión, nos reímos de una persona cuando nos causa una impresión determinada porque actúa de manera inflexible, rígida o mecánica. El automatismo nos convierte en imitables, ya que imitar a alguien consiste en extraer la parte de automatismo que ese alguien ha dejado que se introduzca en su persona. Por eso las imitaciones impresionan, sorprenden y hacen reír. La explicación es que mentalmente superponemos los personajes y al no existir una concordancia nos asombra y surge la risa.

Bergson matizó también que en la risa hay una velada intención de humillar y a veces de corregir al prójimo y, desde su concepción de la risa, concretó que es un proceso mecánico lo que la desencadena. Un cuerpo rígido que tropieza produce risa, algo que se repite, produce risa y la falta de elasticidad también provoca risa. Estos criterios se han asumido también más recientemente (Gasalla y López de Letona, 1991).

b. Teoría de la Incongruencia

Esta teoría indica que lo incongruente nos brinda la habilidad de alejarnos de lo que nos daña y alimenta la autoaceptación, mejorando las relaciones interpersonales (Carbelo, 2005). Lo absurdo suaviza los

conflictos de manera más aceptable (Paredes, Bernabé, González y Oliva, 2011). Para Carbelo (2005), este estado separa rompe con las normas establecidas pero no genera un daño, sino más bien mejora las relaciones interpersonales y la auto aceptación.

La teoría de la incongruencia es la explicación más popular del humor, Raskin (1985), la denomina teoría cognitivo-perceptual. Schopenhauer (1788-1860), aborda el tema de la teoría de la risa en su obra *El mundo como voluntad y representación* (citado por Suárez, 1988). Para explicar el humor, y por consiguiente la risa, pone el énfasis en la sorpresa como estado de ánimo. Esta es la base de la teoría y expone el hecho de que determinados despropósitos e incorrecciones den como resultado algo divertido. Esto se produce cuando no hay consistencia entre el pensamiento y la realidad. La persona está seria cuando lo que sucede concuerda con lo que piensa; si la realidad no le sorprende y acontece según lo que se espera de ella, el ser humano no se ríe.

Cuando lo que sucede no concuerda con lo pensado porque presenta un cambio inesperado e incongruente, es decir, si la realidad es imprevista y sorpresiva, ese contraste provoca la risa. Koestler (1964), apoya esta teoría basándose en que todas las situaciones humorísticas son disociaciones entre la forma y la función, variaciones del todo y de las partes. El humor implica distorsión de la función, salir de la norma, y esa incongruencia es la que nos llama la atención, nos asombra y nos despierta el humor, nos hace reír o sonreír. Es lo que llama delicioso cambio mental.

Hoy en día prevalece esta teoría particularmente en el campo psicoanalítico y autores notables han defendido la validez de la teoría (Arribas, 1997).

c. Teoría de la Liberación

Carbelo (2005), propone la necesidad de liberar la energía reprimida que puede darse de manera hostil o de tipo sexual, esto puede darse a través de chistes. Esta teoría examina un aspecto algo diferente a las dos anteriores, intentando complementar algunas lagunas dejadas por la teoría de la incongruencia y la de la superioridad. Se distinguen dos tipos de tensión: física y psicológica. La liberación de tensión física fue descrita por Spencer (1820- 1903) que intentó explicar el humor en términos de alivio físico, aunque una mayoría de autores defienden que la liberación de la tensión consiste en la liberación de las emociones. El ser humano actúa sometido al esfuerzo, la lucha y la tensión, y esto excita el sistema nervioso que ha de canalizar la descarga a otra estructura del organismo o por medio de movimientos musculares. Así se produce la risa, que proporciona un alivio para la tensión nerviosa o psíquica, asegurando un restablecimiento del equilibrio (Carbelo, 2005).

Por tanto, esta teoría viene a explicar que cuanto más tensión hay en un grupo, una pequeña broma o ironía con escasas consecuencias, suele aliviar la tensión y permite encajar la situación para que no duela tanto o incluso puede escaparse la risa o carcajada solo y exclusivamente como un alivio, sin motivo ni desencadenante.

Freud (1942), en lo relativo a esta teoría, desarrolló algunos puntos esenciales para profundizar en la investigación del humor y de la risa. Freud

encontró una base común en los chistes, esto es, el placer que suscitan. Este placer correspondería al ahorro del esfuerzo psíquico, por ejemplo, existe un tipo de energía creada y utilizada para reprimir pensamientos sexuales u hostiles según las normas que nos impone la sociedad; el contar chistes o gastar bromas serviría como válvula de escape para esos sentimientos prohibidos u otros tipos de inhibiciones. Cuando se cuentan chistes, la energía destinada a reprimir pensamientos y sentimientos sexuales agresivos se libera en forma de risa y esto produce placer.

Las contribuciones que han supuesto estas teorías han servido para conocer el tópico humor y han contribuido a sentar las bases para observar el fenómeno desde distintos puntos de vista.

d. Teoría de la Excitación

Esta teoría indica que una situación humorística, genera excitación placentera a nivel fisiológico y que es expresado a través de la risa. Esta excitación produce gozo, siendo el momento de mayor alegría cuando la acción, chiste, broma o suceso se encuentra entre el momento de mayor y menor excitación. (Martin, 2007).

e. Teoría de la Inversión

Esta teoría indica que el humor es una actividad del tipo lúdica. Esta actividad genera una protección psicológica a la realidad, es decir, permite brindar una perspectiva diferente del mundo alejándonos de lo común, corriente, frecuente, habitual, etc. (Martin, 2007). Este tipo de pensamiento no tiene un objetivo en particular, ya que nos permite disfrutar, jugar, tener una percepción no tan seria y sentirse más motivado. En este tipo de mundo todo es posible a través del juego.

E. Los Estilos del Sentido del Humor

Martin (2007) planteo un modelo en el que explica la existencia de 4 estilos de humor, de los cuales dos son utilizados de manera positiva: Humor afiliativo y Humor de automejoramiento personal, y dos de manera negativa: Humor agresivo y Humor autodescalificador.

a. Humor Afiliativo

Este tipo de humor se refiere a la preferencia a realizar bromas ingeniosas, decir chistes o gags, con el fin de divertir a los demás para reducir las tensiones interpersonales y facilitar o aumentar los vínculos sociales. Este tipo de humor genera la habilidad de ser amigables y tolerantes mejorando nuestra autoestima y la confianza con nuestros compañeros (Martin, 2007).

Generalmente, en nuestra vida diaria, bromeamos, reímos y nos divertimos entre amigos, compañeros y conocidos. Este tipo de interacción da como resultado mejorar las relaciones interpersonales y las emociones. Cuando nos reímos o bromeamos con un grupo de compañeros y esto es aceptado, generalmente significa que soy aceptado en un grupo social (Jáuregui, 2008)

El humor afiliativo, mejora las relaciones interpersonales, ya que las personas con buen sentido del humor son más valoradas por la sociedad, generando mejores amistades, y parejas amorosas (Martin, 2007). Esto se debe a que mientras nos relacionemos con humor, nuestra escucha selectiva se va fortaleciendo generando una mejor comunicación y mejora en los lazos amicales (Seligman, 2011).

b. Humor de Automejoramiento Personal

Este tipo de humor indica que las personas al tomar actitudes humorísticas sobre su vida, con frecuencia perciben o transforma los sucesos negativos para aligerar la tensión o superar situaciones desagradables. Este tipo de sentido del humor brinda una perspectiva diferente de cómo debemos sobrellevar los problemas, ya que nos sirve para disminuir el estrés, la ansiedad, el temor, la cólera, la desesperanza, la angustia y los sentimientos de auto compasión (Martin, 2007). Las personas que utilizan este tipo de humor son más productivas y asertivas (Seligman, 2011).

El humor de automejoramiento personal fue mencionado por Ellis, quien indicaba a sus pacientes que no se tomen sus problemas tan seriamente (Ellis y Dryden, 1989). Otro en reconocer los beneficios del humor de automejoramiento personal fue Maslow, quien mencionó que este tipo de humor es una de las habilidades de las personas autorrealizadas. Maslow, lo clasifico como humor filosófico, es decir, ya que las personas autorrealizadas tienden a tomar sus problemas de forma humorística y no tan grave (Maslow, 1991).

Al burlarnos de nuestros problemas desarrollamos una habilidad positiva, debido a que generamos la aceptación de nuestra personalidad. Al utilizar esta forma de humor impedimos la agresividad y que se burlen de nosotros, ya que mostramos con humor nuestros defectos (Deusto, 1992). Sin embargo, el humor de automejoramiento personal no solamente generamos la autoaceptación, si no también generamos que otras personas nos acepten. DREAM menciona que “Ser auténtico no es siempre bonito,

solo real. Habrá aspectos cómicos de tu personalidad que te sorprenderán, otros que serán como viejos amigos, otros que al principio te provocarán rechazo. ¡Dales a todos la Bienvenida! Acepta lo que sale de manera espontánea ... ” (Dream, 2012, p. 54).

c. Humor Agresivo

Este tipo de humor es utilizado para criticar, manipular o agredir a los demás a través del sarcasmo, burlas o insultos. Por esta razón, este tipo de humor deteriora las relaciones interpersonales y es expresado de manera compulsiva e incluso en ocasiones inapropiadas (Martin, 2007). El humor agresivo transforma a las personas en críticos del primer orden, quienes se centran en lo malo con el fin de no tomar en cuenta la opinión de otra persona (Seligman, 2011).

El humor agresivo está registrado a través de la historia, en la evolución de los combates, los hombres primitivos al terminar una batalla celebraban y reían para liberar la tensión de la lucha y también como una señal de victoria. Estas manifestaciones de humor brindan a las personas el poder de menospreciar o agredir de forma bufonesca al contrincante (Deusto, 1992).

Existen investigaciones que mencionan a los hombres como los que utilizan con mayor frecuencia el humor agresivo (Sirigattia, Llaría, Enrichetta, y Cristina, 2014), así mismo otros estudios muestran que esta dimensión está relacionada con el acoso escolar o el bullying (Plenty, Bejerotab y Eriksson, 2014), como también con algunas enfermedades mentales como la psicopatía, el maquiavelismo y el narcisismo (Martin, et al., 2011).

En la actualidad el humor agresivo es utilizado para insultar verbalmente a otros individuos (Deusto, 1992), ya que “el burlarse de alguien constituye una agresión o una ofensa.” (Vázquez y Hervás, 2008, p. 301), es por esto que cuando hay diferencias de opiniones, una forma de disminuir al oponente, es agrediéndola con bromas de mal gusto que contienen insultos, estereotipos e improperios (Deusto, 1992). Dream, menciona que “Jugar con los estereotipos es una forma fácil de conseguir la carcajada, pero demuestra un nivel bajo de creatividad, sensibilidad y afectividad. Resulta tentador, para quien ostenta una posición de poder, bromear con los que son vulnerables, pero la intención subyacente no es muy positiva. La violencia sólo genera más violencia” (Dream, 2012, p. 36).

d. Humor Autodescalificador

Este tipo de humor es empleado para despreciarnos, menospreciándonos y disminuyéndonos enfrente de los demás para buscar la aceptación social. Este tipo de humor es utilizado para congraciarse, ganar la atención y obtener la aprobación de las demás, con el fin de sentirse aceptado y parte de un grupo. Este humor generalmente oculta los sentimientos negativos hacia uno mismo (Martin, 2007).

El humor autodescalificador según los estudios, está vinculado con personas depresivas, ansiosas, angustiados y con indicadores psiquiátricos, patológicos, hostiles y agresivos (Martin y Kuiper, 2016), generalmente estas personas no cuentan con una buena autoestima ni bienestar psicológico (Erickson y Feldstein, 2007). En el plano educativo está

vinculado con los sentimientos de inferioridad, sumisión, bullying y evitación social (Martin y Kuiper, 2016).

F. Desarrollo del Humor en el Ser Humano

El ser humano empieza a aprender el humor o la risa desde muy temprana edad (Vanistendael et al., 2013). En el periodo neonatal, los bebés reaccionan sonriendo después de ser amamantados o después de visualizar objetos en movimiento (Piaget y Inhelder, 1997). La naturaleza innata de la risa en el ser humano es evidenciada desde su nacimiento ya que al nacer sordo y ciego aprende perfectamente a reír (Provine, 2000 citado por Martin 2007).

La risa y el humor aparecen a temprana edad debido a que es aprendida desde el vientre materno como un simple movimiento o gesto, seguidamente, al pasar un periodo de 6 semanas desde su nacimiento, aparece la risa social que es paralela a las capacidades perceptivas del niño.

Seguidamente, a los 4 meses, la risa aparece debido a que el niño reacciona a estímulos faciales o la interacción con sus padres, finalmente a los 6 meses (Begoña, 2008) las expresiones son de manera selectivas sonriendo con personas conocidas o aquellos que generen vínculos de confianzas (Madre, padre, hermanos, amigos, etc.) (Piaget y Inhelder, 1997). Los infantes reaccionan a estas expresiones faciales como vocales y de la misma forma los padres reaccionan a los gestos de sus hijos interpretando que quieren comunicarse, esta interacción se da de la misma forma cuando los niños lloran, es por esto que se puede asumir que el humor y la risa es una capacidad que puede ser aprendida (Begoña, 2008).

a. El proceso del Humor en el Cerebro

El humor engloba procesos cerebrales y del sistema nervioso (Quezada y Gianino, 2015). Para que el humor aparezca el ser humano adquiere información a través de sus sentidos, esta información es procesada, para después, evaluar si es humorístico o no, finalmente el cerebro desarrolla la información divertida aprendida del medio ambiente (Martin, 2007).

El ser humano tiene la capacidad de disfrutar el humor y las investigaciones nos indican que existen imágenes neuronales que activan el cerebro cuando disfrutamos del humor y la risa.(Martin,2007), así mismo el hemisferio derecho es responsable del entendimiento del humor (Ortiz, 2007), ya que califica las emociones generadas por los sentidos (Portellano, 2005), produciendo un bombardeo químico de hormonas y neurotransmisores en el sistema nervioso autónomo y el cerebro que nos permite disfrutar del humor (Panksepp, 1993 citado por Martin, 2007).

Existen diferentes funciones o áreas que procesan el humor, estas son; la vista, la audición, el proceso cognitivo, la percepción del lenguaje y el razonamiento, estos procesos son activados por emociones positivas generando cambios cognitivos, así mismo estos cambios generan un estado de juego y alegría generando la risa o la felicidad (Wild et al, 2003 citado por Martin, 2007).

Los procesos cognitivos frente a una situación de humorística conforman un patrón interesante, primero se produce un cambio en el proceso cognitivo, segundo el individuo entra en un estado de juego que le permite disfrutar la actividad que se está realizando produciendo una expresión física que es la risa, y tercero entra en un estado lúdico, relajación y alegría (Arias, 2011).

G. Beneficios del Humor

El sentido del humor ha sido expresado de diferentes formas en cada cultura (Martin, 2007) y generalmente estas eran dadas como una cura grupal (Vanistendael et al., 2013). Si nos remontamos a nuestros antepasados, en Roma, durante la fiesta de los lupercales, dos jóvenes eran sometidos a sus muertes y resurrecciones simbólicas con el fin de reír al final de la fiesta como símbolo de victoria. En un rito de los Jacutis, tres días después del nacimiento de un infante, las mujeres de la tribu se reúnen en una ceremonia en honor a la diosa del parto, durante ésta una de las mujeres se ríe para provocar en las otras la capacidad de tener hijos (Jara, 2014).

La psicología positiva postula que entre los beneficios del sentido del humor está el optimizar la salud mental y disminuir la incidencia de las patologías, como también, el ser utilizado como herramienta de prevención o promoción terapéutica (Caruana, 2010). Es por esto que el sentido del humor es utilizado para contrarrestar enfermedades como la depresión (Martin, 2007).

El humor está relacionado con las emociones positivas del ser humano, es por esto que cuando una situación nos causa alegría, nos llenamos de energía y podemos ser más activos. Este sentimiento positivo disminuye la ansiedad, la irritabilidad y la depresión. Sin embargo, sus efectos duran poco tiempo, pero logran potenciar el estado anímico positivo y disminuir los negativos (Gross y Muñoz, 1995 citado por Martin, 2007). Esto concuerda con Goleman, indicando que “cuando nuestro humor es positivo, nuestra capacidad para pensar y reaccionar es óptima” (Goleman, 1998, p. 99).

Carbelo (2005), asegura que los beneficios de la risa y del humor son muchos sobre la salud y el bienestar general de las personas, pero admite que

hasta el momento las investigaciones realizadas presentan deficiencias metodológicas y la mayoría de ellos han sido realizados en pequeña escala. Por lo cual es probable que el humor tenga efectos beneficiosos para la salud, pero aún está por demostrarse con seguridad cuales son, de qué manera actúan, en qué casos se producen, cuál es su peso, extensión y límites. Los efectos terapéuticos mejor establecidos podríamos decir que son los beneficios psicofísico a corto plazo, más bien preventivo o paliativo. Carbelo, alega que la risa reduce el stress y la ansiedad, lo cual es positivo, porque ambos son nocivos para nuestra calidad de vida y afectan directamente nuestra salud física y mental.

Por otra parte, el sentido del humor, que hemos definido anterior mente como una capacidad del ser humano, ayuda a mantener un buen estado de ánimo, entonces de este modo puede sobrellevarse de una manera más saludable una situación de enfermedad o prevenir la depresión, entre otras.

Para Carbelo, el sentido del humor quizás contribuya a una percepción subjetiva de mejor salud.

Los beneficios del humor son muy variados según Idígoras:

- El humor enseña a las personas a ser menos arrogantes y más humildes.
- Ayuda a relacionarse con las personas de manera más distendida y alejarnos del individualismo.
- El humor rivaliza contra el miedo al ridículo, podemos aprender a reírnos de nosotros mismos
- El humor relativiza la realidad. Podemos cambiar de perspectiva y ver las cosas con humor y desde un ángulo más positivo.

- El humor ayuda a encontrar soluciones a problemas de la vida cotidiana.
- El humor favorece la adaptación al cambio ya que las situaciones novedosas o diferentes a lo acostumbrado puede ser vivido de manera amenazante.
- También sirve para disminuir el sentimiento de frustración que puede causar nuestras propias limitaciones.
- Sirve también para soportar o tolerar quejas o críticas que atentan a nuestro equilibrio emocional
- El humor puede hacer de colchón ante situaciones negativas haciendo que la persona las vivencie de manera menos violenta.

Todos estos ítems enumerados, hacen referencia a los beneficios de enfrentar la vida utilizando el sentido del humor, indudablemente una persona que sabe aplicarlo y utilizarlo tiene una herramienta muy poderosa para hacer frente a su vida cotidiana, problemas, limitaciones, conflictos o crisis vitales.

2. RESILIENCIA

A. Definiciones de Resiliencia

La resiliencia es un concepto que continúa en evolución, dado que han sido muchos los autores que han propuesto una definición.

Etimológicamente, el término resiliencia proviene del latín *resilio*, que significa volver atrás, rebotar o resurgir (Kotliarenco, Cáceres & Fontecilla, 1997). Utilizado tradicionalmente en la investigación física, se refiere a la capacidad de un material para recobrar su forma después de haber estado sometido a altas presiones.

Es un estilo de enfrentamiento de las personas con las situaciones de riesgo, que hace que una misma circunstancia pueda resultar en factor de daño o estímulo al desarrollo (Rutter, 1992). La persona resiliente percibe eficazmente el peligro y puede rescatar el desarrollo frente a la adversidad y el riesgo. Contar con la resiliencia en el enfrentamiento de los cambios, el estrés y las situaciones adversas se hace cada vez más importante en la época actual.

Se trata, como dice Manciaux (2003), de la posibilidad de resistir y rehacerse. Es, por lo tanto, una modalidad de ajuste que “permite tolerar, manejar y aliviar las consecuencias psicológicas, fisiológicas, conductuales y sociales provenientes de experiencias traumáticas sin una mayor desviación del curso del desarrollo, con la comprensión adecuada de la experiencia y sus subsecuentes reacciones”.

Más tarde, fue adoptado por la Psicología, con un significado muy cercano al original, referido a *rebotar* de una experiencia difícil, como si uno fuera una bola o un resorte (Becoña, 2006; Luthar et al., 2006). De esta manera, se comenzó a considerar la resiliencia como un aspecto consistente en una buena adaptación a la adversidad, a un trauma, una tragedia, amenaza, o a fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas de salud o situaciones estresantes del trabajo o la educación (Rutter, 1987).

Según la American Psychological Association (2016), La resiliencia es el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones

personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras.

B. Evolución Histórica

Siguiendo, a Richardson (2002) y posteriores autores, descritos a continuación, podemos hablar de tres etapas o generaciones en el estudio de la resiliencia. Esencialmente, se podría decir que la primera generación de autores, la considera como una cualidad, un rasgo generalmente permanente en el individuo; la segunda generación entiende la resiliencia como un proceso y se centra en la interacción de los diferentes factores; y la tercera generación, asume el concepto como algo que, además de ser un proceso, es una cualidad a construir a lo largo de todo el ciclo vital.

a. Primera Generación: Resiliencia como cualidad

Esta primera etapa, estuvo caracterizada por el estudio de la resiliencia en poblaciones infantiles que habían sufrido situaciones traumáticas, tales como pobreza o enfermedad mental de sus padres.

El concepto de resiliencia, ya fue utilizado por Emma Wermer en los años ochenta, en un intento de entender las causas y evolución de las psicopatologías. Wermer llevó a cabo, un estudio longitudinal y prospectivo de niños en situación de crisis nacidos en 1955, desde el periodo prenatal hasta la edad de 32 años. Los niños eran los patitos feos, (como los denomina Cyrulnik, 2002), pertenecientes a familias pobres de la isla hawaiana de Kauai. La autora estudió aquellos casos que se adaptaron positivamente y llegaron a ser adultos con una vida equilibrada y competente, a pesar de vivir situaciones de gran adversidad durante la

infancia. Encontró como relevantes, cualidades relacionadas con la adaptabilidad, la tolerancia, la autoestima, y ser socialmente responsable, entre otras (Villalba 2004).

Así, Wermer, formó parte de una serie de precursores o primera generación de investigadores de la resiliencia que buscaban identificar los factores de riesgo y los factores protectores que posibilitaron la adaptación de estos niños (Forés y Grané 2008).

Por su parte Rutter (1985), desarrolló estudios epidemiológicos en Londres y en la Isla de Wight, encontrando que una cuarta parte de los niños estudiados fueron resilientes, a pesar de haber experimentado numerosas situaciones de riesgo, llegando a la conclusión de que la resiliencia se caracteriza por un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos. Dichos procesos tienen lugar a través del tiempo y combinando atributos sociales, culturales y familiares.

Es en esta época, cuando se comienza a pensar que la resiliencia y la invulnerabilidad pueden ser funcionalmente equivalentes (Garmezy, 1991).

En cuanto al estudio de los trastornos mentales, Garmezy, Masten & Tellegen (1984), investigaron la resiliencia en hijos con padres esquizofrénicos, para conocer el pronóstico que tendría la enfermedad en estos niños, siendo sus trabajos, considerados de referencia.

En el llamado Project Competence de Garmezy se estudió la adversidad, la competencia y la resiliencia (Garmezy, 1993), considerándose ésta última como la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial ante un evento estresante.

Podemos decir pues, que esta primera etapa estará, marcada por el estudio de las cualidades y valores personales que ayudan a sobrevivir en situaciones de adversidad.

b. Segunda Generación: Resiliencia como proceso

A mediados de los noventa surge una segunda generación de investigadores, al mismo tiempo que supone la evolución de varios autores de la primera.

Con el análisis de la interrelación entre los distintos factores de riesgo y protección se añade un nuevo foco de estudio, considerando la resiliencia como un proceso que puede ser promovido (Rutter, 1999).

La primera generación de investigadores consideraba la resiliencia como aquello que se podía estudiar una vez que la persona se ha adaptado. Un individuo sólo podía ser etiquetado como resiliente si ya había habido adaptación, la investigación se centraba en encontrar aquel conjunto de factores que habían posibilitado la superación (Forés y Grané 2008).

Así, autores que despegan en esta etapa son algunos como Suárez Ojeda (1997), para el que la resiliencia significa una combinación de factores que permiten a una persona afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida y construirse sobre ellos. Este autor va a destacar la importancia de los aspectos comunitarios a la hora de desarrollar la resiliencia.

Vanistendael (1996), por su parte, distingue, principalmente dos componentes de la resiliencia: la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo frente a las dificultades y la resistencia frente a la destrucción, referida a la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión.

Infante (1997), señala el carácter global del concepto y la importancia de las fortalezas personales frente a los factores de riesgo y los mecanismos protectores del ambiente.

Por otro lado, Luthar et al. (2000), inciden en el carácter dinámico de la resiliencia como resultado de la adaptación positiva a contextos de gran adversidad.

Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla (1997), así como Vera, Carbelo y Vecina (2006), señalan que “la resiliencia no es algo con lo que se nace ni algo que se adquiere de forma natural y que, una vez logrado permanece con la persona a lo largo de la vida, ya que es producto de la interacción del sujeto y su entorno”. Para estos autores, hablar de la resiliencia en términos individuales constituiría un error, ya que no se es más o menos resiliente, puesto que la resiliencia es un proceso, de forma que no es tanto la persona quien es resiliente, sino su evolución, y el proceso de interacción de su propia historia vital.

Las investigaciones de la segunda generación se preocupan pues, por encontrar cuales son las dinámicas presentes en el proceso resiliente, con el objetivo de ser reproducidas en entornos similares.

Además, la resiliencia se entiende como una cualidad que puede ser desarrollada en edades adultas, y no como un proceso únicamente referido a la infancia. Todas las personas, a lo largo de su vida, pueden encontrarse con situaciones traumáticas, pudiéndolas superar e incluso, salir fortalecidas (Forés y Grané, 2008).

c. Tercera Generación: Construcción de la Resiliencia

En la que podríamos denominar tercera generación, surgida partir del 2000, se pone el énfasis en la elaboración de modelos de aplicación, en la explicación de cómo se construye la resiliencia y en la motivación para ser resiliente (Puig y Rubio, 2011).

Para autores como Walsh (2004), la resiliencia no se forja a pesar de la adversidad, sino como consecuencia de ésta: “Las crisis y penurias de la vida sacan a relucir lo mejor que hay en nosotros, cuando hacemos frente a tales desafíos”.

En esta nueva etapa se cambia la focalización de conductas de riesgo, desventajas, carencias y déficits, por una óptica de recursos, fortalezas, potencialidades para enfrentar la adversidad y construir a partir de ella una postura positiva frente al dolor y al sufrimiento (Puig y Rubio, 2011)

La capacidad de respuesta es distinta de unas persona a otra, ya que existen diferencias en su fuerza interior, flexibilidad, y capacidad de reserva al igual que las comunidades difieren en los recursos y la capacidad de adaptación general (Gallo, Bogart, Vranceanu, y Matthews, 2005).

El concepto de capacidad de reserva se toma del ámbito de la ecología, donde se entiende la resiliencia de un ecosistema, como su capacidad para absorber perturbaciones o alteraciones antes de que ocurran los cambios fundamentales en ese sistema (Holling, Schindler, Walker, y Roughgarden 1995). Es por ello, que se empieza a asociar el concepto de resiliencia al de prevención.

Además, por cambios en el estado, Holling no lo entiende como un cambio lineal entre las partes constituyentes del sistema, sino un cambio dinámico.

Aunque en esta etapa, aún algunos investigadores se han centrado en características de personalidad (Friborg, Barlaug, Martinussen, y Rosenvinge, 2005), dando relativamente poca atención a lo social-ambiental, la mayoría de los autores, han otorgado gran relevancia al desarrollo social, sin el cual, los modelos de resiliencia tienen una aplicación limitada.

Un enfoque social y comunitario de la resiliencia es necesario si se quiere entender por qué las personas, no siempre son capaces de lograr el bienestar y dirigirse hacia las metas fijadas para uno mismo y para aquellos con los que se vincula (Erbes et al., 2005; Helgeson y López, 2010; Linley y Joseph, 2007).

De esta última etapa, en la que se basa la presente investigación, podemos recoger algunas definiciones como la de Cyrulnik (2005), que destaca el papel constructivo de la resiliencia a partir del trauma, como algo que “equivale a resistir al sufrimiento y como un impulso de reparación que nace de esta resistencia”. Para este autor, superviviente de los campos de concentración nazis, es fundamental los roles de dos aspectos: el vínculo y el sentido. El primero se refiere a la presencia de una figura, sobre todo en la infancia, (el llamado tutor de resiliencia) que guíe, apoye y crea en la persona, víctima de la adversidad. Por otra parte, dotar de sentido no significa encontrar un por qué, sino un para qué. Significa proyectarse en el

futuro, crear un proyecto personal, un proyecto de vida. Así, el autor afirma cómo su motivación para estudiar medicina estuvo marcada por el deseo de seguridad e integración, para darle un sentido a lo incomprensible que resultaba el holocausto nazi (Cyrulnik, 2002).

Otros autores como Davydov, Stewart, Richie & Chadeu (2010), también refieren el aspecto dinámico y constructivo, “ya que la resiliencia, se va construyendo con mecanismos capaces de reconocer y neutralizar las adversidades y sus efectos relativos, por tanto, la resiliencia puede ser considerada un mecanismo de defensa, que capacita al individuo frente a la adversidad”.

Campbell-Sills, Cohan & Stein (2006), entiende la resiliencia como una cualidad a desarrollar ante acontecimientos que tienen lugar en la mayoría de la vida de las personas, siendo “un afrontamiento efectivo y de adaptación positiva frente a una pérdida, dificultad o adversidad”.

También en esta etapa, se reconoce el papel de las emociones positivas, como mecanismos que protegen fisiológicamente al individuo de los efectos que producen las emociones negativas (Tugade y Fredrickson, 2004).

Como podemos observar en esta evolución, el concepto resiliencia, pasa de ser individual a un constructo que interacciona con el entorno, y de ser estático, pasa a un proceso que se construye en cada etapa de la vida.

Como explica Manciaux (2001): “la resiliencia nunca es absoluta, total ni lograda para siempre, sino que es una capacidad que resulta de un proceso dinámico entre la persona y ese evento particular en ese momento de su historia vital”.

Quizás, las doce características recogidas por Forés y Grané (2008), se aproximan a lo que más define el concepto de resiliencia de esta nueva etapa:

1. Es un proceso
2. Hace referencia a la interacción dinámica entre factores
3. Puede ser promovida a lo largo del ciclo de la vida
4. No se trata de un atributo estrictamente personal
5. Está vinculada al desarrollo y al crecimiento humano
6. No constituye un estado definitivo
7. Nunca es absoluta ni total
8. Tiene que ver con los procesos de reconstrucción
9. Tiene como componente básico la dimensión comunitaria
10. Considera la persona como única
11. Reconoce el valor de la imperfección
12. Está relacionada con el vaso medio lleno

La literatura referida a esta última etapa nos indica la relevancia de promover factores resilientes específicos, siendo de vital importancia el avance de la investigación, para descubrir, como dichos factores interactúan con el contexto del individuo (Cyrulnik, 2009; Forés & Grané, 2008; Infante, 2001).

C. Modelos de Resiliencia

a. Modelo de Mándalas de Wolin y Wolin

En 1993, el matrimonio de investigadores Wolin, introdujo el concepto de mándala para explicar los pilares en los que se asienta la resiliencia. Según la RAE (Real Academia de la Lengua Española) un mándala es “un dibujo complejo, generalmente circular, presente en el hinduismo y budismo, que representa las fuerzas que regulan el universo y que sirven de apoyo a las meditaciones”.

El mándala de la resiliencia, sirve para concentrar las fuerzas naturales y la energía interior para mejorar la calidad de vida. Por lo tanto, se basa en las fortalezas personales que el individuo puede desarrollar (Puig y Rubio, 2011). Dichos pilares son los siguientes:

- 1) Introspección (Insight). Referido a la capacidad de hacerse preguntas difíciles y darse respuestas honestas. Gracias a esta capacidad, las personas pueden dar respuestas realistas acerca de lo que les ocurre.
- 2) Independencia: distanciamiento físico y emocional de las fuentes de problemas que a uno le ocurre en la vida, sin caer en el aislamiento.
- 3) Relaciones: tener buenas y gratificantes relaciones con el mundo social que nos rodea. Siendo capaces de establecer lazos íntimos y de entrega hacia los demás.
- 4) Iniciativa: responsabilizarse de los problemas, poseer el control y ponerse metas cada vez más exigentes.
- 5) Creatividad: usar la imaginación y las diferentes formas de expresión a través del arte. También se refiere a la capacidad de generar nuevas

hipótesis o soluciones ante las circunstancias y pensar sobre los propios pensamientos.

- 6) Humor: encontrar la parte cómica, dentro de la tragedia. A través del humor se pueden relativizar los problemas.
- 7) Moralidad: actuar en base a la propia conciencia, siendo capaz de comprometerse con uno mismo y con los demás.

b. Modelo de Verbalizaciones de Edith Grotberg

Edith Grotberg (1995), creó el International Resilience Research Project (Proyecto Internacional de Investigación en Resiliencia), en el que señaló, que la resiliencia requería de la interacción tres factores, traducidos en verbalizaciones

Soporte social (yo tengo): Personas en quienes confío y me quieren incondicionalmente. Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas. Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder. Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo. Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro, o cuando necesito aprender.

Fortaleza interna (yo soy y yo estoy) Soy una persona por la que otros sienten aprecio y cariño. Soy feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto. Soy respetuoso de mí mismo y del prójimo. Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos. Estoy seguro de que todo saldrá bien. Estoy triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo. Estoy rodeado de compañeros que me aprecian.

Y las Habilidades (yo puedo): Hablar sobre las cosas que me asustan o me inquietan. Buscar la manera de resolver los problemas Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien. Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar. Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito. Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres. Sentir afecto y expresarlo.

Estos factores interactúan entre sí y engloban otros factores como son la autoestima, la confianza en uno mismo y en el entorno; la autonomía y la competencia social. Al mismo tiempo, las verbalizaciones, se consideran una fuente generadora de resiliencia. Según Grotberg, todos estos son aspectos que las personas pueden desarrollar por sí mismas pero, especialmente desde la educación, se pueden aumentar las situaciones en las que estas verbalizaciones se desarrollen, de manera que se le enseñe al educando:

- La capacidad para hacer planes realistas y seguir los pasos necesarios para llevarlos a cabo.
- Una visión positiva de sí mismos, y confianza en sus fortalezas y habilidades.
- Destrezas en la comunicación y en la solución de problemas.
- Capacidades para manejar sentimientos e impulsos fuertes.

c. Modelo de la Rueda de Resiliencia de Henderson y Milstein

Hederson y Milstein (2003), son los creadores de uno de los pocos modelos de resiliencia aplicados a las instituciones educativas. El modelo está diseñado para fomentar el proceso tanto en los alumnos como en los

profesores. A dicho modelo, lo denominan la *rueda de la resiliencia*, y en ella, se proponen seis pasos. Los tres primeros están diseñados para mitigar el riesgo, mientras que los últimos, se refieren específicamente a construir la resiliencia. He aquí los pasos implicados:

- 1) **Enriquecer los vínculos:** referido a fomentar las conexiones sociales entre los alumnos, la institución y los profesores, de manera que se afiancen los lazos y se genere una mayor confianza e interdependencia, consiguiendo, de esta manera, la promoción de una mayor seguridad y una disminución de las conductas de riesgo, asociadas a hábitos perniciosos o a bajo rendimiento escolar.
- 2) **Fijar límites claros y firmes:** referidos a los objetivos y expectativas que se tienen sobre el alumno, acerca de su rendimiento, su comportamiento y sus obligaciones. Lo más conveniente en este caso, es mostrarlo por escrito para que las interpretaciones sean más ajustadas a la realidad.
- 3) **Enseñar habilidades para la vida:** esto significa conocerse a sí mismo, las propias fortalezas, y utilizarlo para enfrentarse a las dificultades, conflictos y cambios que acontecen a lo largo de la vida
- 4) **Brindar afecto y apoyo:** el afecto no viene únicamente de la familia o seres cercanos, sino también de aquellas figuras importante que sirven de referencia al alumnado, incluso como modelos a seguir, y en los que necesitan ver un apoyo sincero e incondicional, reflejando un verdadero interés por sus asuntos.
- 5) **Establecer y transmitir expectativas elevadas:** como afirmaba el escritor británico Rudyard Kipling (1865-1936), “*si encomiendas a*

un hombre más de lo que puede hacer, lo hará. Si solamente le encomiendas lo que puede hacer, no hará nada”. Hay que confiar y esperar siempre conseguir lo mejor de cada persona. En la investigación en psicología tenemos numerosos ejemplos sobre el poder de este aspecto o teorías como la de la *profecía autocumplida* o el *efecto pigmalión*.

- 6) **Brindar oportunidades de participación significativa:** permitir a los alumnos la posibilidad de participar en la toma de decisiones activa y creativamente, sintiéndose parte de un entramado imprescindible para el buen funcionamiento de la comunidad educativa y de la construcción de su propia realidad.

d. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

Este modelo de resiliencia, entiende al individuo inmerso en un ecosistema formado por un microsistema, dentro de un mesosistema, que a su vez está incluido en un uno de mayor tamaño llamado exosistema y todos conforman el llamado macrosistema.

El modelo, entiende la resiliencia como un proceso dinámico, condicionado por las influencias del ambiente y la persona en constante interacción, que permite al individuo adaptarse ante los cambios y la adversidad. De tal manera, que un individuo puede responder de manera muy diferente a los mismos factores de estrés, expresando respuestas efectivas frente a un evento adverso de su vida, y ser vulnerable en relación al mismo evento, en otro momento o no ser capaz de responder adecuadamente frente otro evento adverso (Waller, 2001).

Además, asume que el individuo desarrolla la resiliencia a partir de un conjunto de recursos, tanto a nivel individual, familiar, social, cultural y de valores (Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004; Poletto & Koller, 2006; Waller, 2001).

La perspectiva ecológica sugiere que ciertos factores de protección, pueden ser introducidos en la vida del individuo a través de cualquier relación que se tenga con una parte del ecosistema. La mayoría de los posteriores modelos, toman como referencia este primero, ya que en todos ellos, se refleja la importancia del ambiente para el desarrollo del proceso resiliente.

e. Modelo de Richardson

Richardson et al. (1990), propusieron un modelo de resiliencia, que explica los procesos por los que puede pasar una persona ante la adversidad.

Se comienza en un punto de equilibrio biopsicoespiritual, en el que el individuo adapta el cuerpo, la mente y el espíritu a las circunstancias de vida presentes. Los factores adversos serán amortiguados por factores protectores que provienen tanto del ambiente como del propio individuo.

Sabemos que los factores de estrés van a estar siempre presentes a lo largo de la existencia. La capacidad de cada uno para hacer frente a estos eventos se ve influida, tanto por el éxito, como por el fracaso en la adaptación. Cuando esto ocurre, lo que resulta es la interrupción del equilibrio biopsicoespiritual.

Con el tiempo, la respuesta a esta interrupción es un proceso llamado de *reintegración*, que da lugar a uno de estos cuatro resultados: 1) la

oportunidad para el crecimiento y el aumento de la capacidad de recuperación, con lo cual se entra en un nuevo nivel, más alto que el de la homeostasis, sería el nivel de resiliencia; 2) el retorno a la homeostasis o a la línea de base, en un esfuerzo para conseguir superar la interrupción; 3) la recuperación pero con pérdida, con lo cual se establece un nivel inferior al de la homeostasis; o 4) la entrada en estado disfuncional en la que se adoptan estrategias desadaptativas (por ejemplo, conductas autodestructivas) que se utilizan para hacer frente a los factores de estrés.

De esta manera, la construcción de la resiliencia remitiría a la capacidad de los individuos para adaptarse con éxito ante el estrés agudo, el trauma, o la adversidad, mantener o recuperar rápidamente el bienestar psicológico y el equilibrio fisiológico (Charney, 2004).

f. Modelo de Resiliencia Comunitaria de Suárez Ojeda

De modo similar a los pilares propuestos por Wolin y Wolin en su modelo de mándalas, Suárez (1997) propone un modelo basado en pilares, pero orientado a la construcción de la resiliencia comunitaria, ya que como hemos visto, es un aspecto que también contribuye a la construcción individual.

Los pilares en los que se asienta la resiliencia comunitaria son:

- *Autoestima colectiva*: este concepto se refiere al orgullo por el lugar en el que se vive o de donde se es originario
- *Identidad cultural*: es un proceso de interrelación que incorpora, valores, danzas, idioma, etc.

- *Humor social*: referido a la capacidad de algunos grupos para encontrar lo cómico en la tragedia y superar la adversidad.
- *Honestidad estatal*: implica la existencia de una conciencia grupal que condena la deshonestidad y valora el ejercicio honesto de la función pública.

La lista de pilares sociales que favorecen la resiliencia es extensa, estos cuatro serían los fundamentales, pero el autor señala, que no se deben olvidar algunos como la capacidad de generar liderazgos auténticos y duraderos, el ejercicio de una democracia efectiva, y la práctica de la inclusividad de toda la sociedad.

Suárez, además, propone un perfil de resiliencia comunitaria en el que se combinan los pilares y los antipilares (características que inhiben la capacidad solidaria de reacción frente a la adversidad colectiva). De esta combinación surge una resultante, que permitiría predecir el nivel de resiliencia de un grupo o comunidad (Suárez & Melillo, 2001).

g. Modelo de la Casita de Vanistendal

Vanistendal (2004), construyó su modelo, basándose en la metáfora de una casa, en la que cada piso contiene los elementos necesarios para la construcción de resiliencia. De esta manera, su conjunto constituye la representación del hogar donde se desarrolla la vida.

En la *base* de la casita se sitúan las necesidades físicas imprescindibles para comenzar el proceso, entre las que encontramos comer, dormir, etc., que al mismo tiempo, conectan con la naturaleza donde se asienta el hogar.

El *subsuelo* estaría integrado por los pilares en los que se basa la seguridad del individuo generada en su infancia: su familia, su educación, sus relaciones con los demás.

En el *primer piso* se halla el significado de la vida, es el núcleo central. Es dónde la persona establece unos objetivos y se dirige a ellos. Aquí estaría inmerso el compromiso con alguien o algo, y el altruismo.

En la *segunda planta* encontramos el desarrollo de aptitudes sociales y personales, aspectos fundamentales en la resiliencia, ligadas al éxito social, la autoestima, la creatividad y el sentido del humor.

A este último aspecto, el autor le concede especial importancia, ya que considera, que ayuda a distanciarse del problema, liberar tensión emocional y reforzar las relaciones humanas.

La última parte de la casa, sería su zona más alta, *el desván*, que nos remite a las expectativas que la persona tiene sobre lo que le ocurrirá, es decir, la esperanza.

Además, ahí se encuentran las experiencias, que en cada individuo, ejercen un efecto diferente en la construcción de su proceso resiliente.

La metáfora de la casa, como proyección de la persona resiliente tiene un enorme potencial, ya que no es una estructura rígida. Permite conectar unas estancias con otras y unos pisos con los otros, de manera que existe una fuerte interrelación (Forés y Grané, 2008).

h. Modelo Bifactorial de Wagnild y Young

Wagnild y Young (1993), refirieron que la resiliencia es una característica positiva de la personalidad, la cual permite resistir, tolerar la

presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas. Además, puede entenderse como la capacidad de una persona, que a pesar de las condiciones de vida adversas y a las frustraciones que atraviesa, puede superarlas y salir de ellas fortalecido e incluso transformado.

Asimismo los autores, consideraron dos factores: Factor I: denominado competencia personal; que se caracteriza por la autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia; por otro lado, se ubica el Factor II: denominado aceptación de uno mismo y de la vida, el cual refleja la adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida, como de un sentimiento de paz a pesar de la adversidad; la combinación de estos factores, representa 5 características esenciales consideradas dimensiones.

D. Dimensiones de la Resiliencia

A partir del modelo teórico bifactorial de Wagnild y Young (1993), se describe a continuación las 5 dimensiones emergentes de la combinación de los factores propuestos:

- Ecuanimidad: Hace referencia a una visión equilibrada de la vida y la experiencia adquirida a lo largo de la misma, asumiendo con tranquilidad los sucesos y modulando conductas frente a la adversidad.
- Perseverancia: Se perfila como la constancia y resistencia ante situaciones complejas o desaliento impulsado por un deseo vehemente de logro y autodisciplina.
- Confianza en sí mismo: Es creer en las capacidades y habilidades que se posee.

- Satisfacción personal: Consiste en asumir y comprender el significado de la vida y el cómo cada persona contribuye a esta.
- Sentirse bien sólo: Vislumbra la satisfacción que genera la libertad y el saber que se es único e importante.

E. Componentes de la Resiliencia

Los estudios han podido identificar condiciones de resiliencia, las cuales se han categorizado y agrupado en cuatro componentes principales considerados como elementos básicos que constituyen el perfil de un adolescente resiliente (Rodríguez, 2009):

- *Competencia Social*. Este componente incluye cualidades como la de estar listo para responder a cualquier estímulo, comunicarse con facilidad, demostrar empatía y afecto, y tener comportamientos pro-sociales. Los adolescentes resilientes responden más al contacto con otros seres humanos, estableciendo relaciones positivas con las demás personas, son más activos, flexibles y adaptables. En los adolescentes, la competencia social se expresa, especialmente, en la interrelación con los propios pares y en la facilidad para hacer amigos de su edad.
- *Resolución de Problemas*. Esta capacidad incluye la habilidad para pensar en forma abstracta, reflexiva y flexiblemente, y la posibilidad de intentar soluciones nuevas para problemas tanto cognitivos como sociales.
- *Autonomía*. Distintos autores han usado diferentes definiciones para este término. Algunos se refieren a un fuerte sentido de independencia, otros destacan la importancia de tener un control interno y un sentido de

poder personal, y otros se refieren a la autodisciplina y el control de impulsos. Esencialmente, se están refiriendo al sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y el control de algunos factores del entorno.

- *Sentido de Propósito y Futuro.* Está relacionado con el sentido de autonomía y el de autoeficacia, así como con la confianza que uno puede tener sobre algún grado de control sobre el ambiente. Dentro de esta categoría entran varias cualidades, entre los que se encuentran expectativas saludables, objetivos claros, orientación hacia la consecución de objetivos propuestos, éxito en lo que emprenda, motivación para los logros, fe en un futuro mejor y sentido de la anticipación y de la coherencia. Éste último parece ser uno de los más poderosos predictores de resultados positivos en cuanto a resiliencia.

F. Factores Personales de la Resiliencia.

Entre los factores personales de la resiliencia, se toma en consideración:

- **La autoestima:** Según la Regional Training (citado por Panez, 2002), dice que es “la valoración que el niño tiene sobre sí mismo a partir de las ideas y sentimientos que se ha ido derivando de su propio autoconocimiento, así como de las influencias y mensajes que recibe de otras personas y también de su medio socio-cultural” (p.33). La autoestima es una variable central de la resiliencia. Una autoestima adecuada que va permitir a la persona poder afrontar y recuperarse de las dificultades.
- **La empatía:** Ha sido conceptualizada por Hoffman (citado por Panez, 2002), como “la experiencia afectiva vicaria de los sentimientos de otra

persona. Se considera el resultado de un proceso interactivo entre componentes cognitivos y afectivos que van evolucionando a medida que avanza el desarrollo” (p.33).

- **La autonomía:** De acuerdo a la Regional Training (citado por Panez, 2002), la *autonomía* es definida como “la capacidad del niño de decidir y realizar independientemente acciones que guarden consonancia con sus intereses y posibilidades de acuerdo a su momento de desarrollo” (p.33).
- **El humor:** Según Wolin y Wolin (citado por Panez, 2002), se refiere al *humor* como “la disposición del espíritu de alegría, permite alejarse del foco de tensión, elaborar de un modo lúdico, encontrar lo cómico en la tragedia” (p.34). Es la capacidad del niño o grupo, manifestada por palabras, expresiones corporales y faciales, que contienen elementos incongruentes e hilarantes con efecto tranquilizador y placentero.

Vanistendael (citado por Panez, 2002), señala la relación que existe entre resiliencia y sentido del humor, ya que plantea algunos componentes del segundo, como son: “la ternura por lo imperfecto, la aceptación madura de los fracasos, la confianza cuando las cosas salen mal, todo lo cual permite reconocer el dolor y el sufrimiento y, convertir la situación adversa en algo más soportable y positivo”. (p.34).
- **La creatividad:** Según Wolin y Wolin (Citado por Panez, 2002), se define la *creatividad* como “la expresión de la capacidad de crear orden, belleza y fines o metas a partir del caos y del desorden” (p.34).

G. Factores que Condicionan la Resiliencia.

Para Henderson (2006), la construcción de la resiliencia en la escuela consiste en incorporar seis factores constructores de resiliencia. Y considera que los factores que condicionan la resiliencia son:

- Brindar afecto y apoyo proporcionando respaldo y aliento incondicionales, como base y sostén del éxito académico. Un “adulto significativo” en la escuela debe estar dispuesto a “dar la mano” que necesitan los alumnos.
- Establecer y transmitir expectativas elevadas y realistas para que actúen como motivadores eficaces, todos los alumnos pueden tener éxito.
- Brindar oportunidades de participación significativa en la resolución de problemas, fijación de metas, planificación, toma de decisiones. Deben poder aparecer las “fortalezas” o destrezas de cada uno.
- Enriquecer los vínculos pro-sociales con un sentido de comunidad educativa. Buscar una conexión familia-escuela positiva.
- Brindar capacitación al personal sobre estrategias y políticas de aula que trasciendan la idea de la disciplina como un fin en sí mismo.
- Enseñar "habilidades para la vida": cooperación, resolución de conflictos, destrezas comunicativas, habilidad para resolver problemas y tomar decisiones. (p.47).

Por otro lado, la escuela ya no sólo es el centro de adquisición de conocimientos, sino que ésta con el apoyo de personas significativas (que tienen que ser formadas adecuadamente), deben brindar las herramientas para que puedan desarrollar otras capacidades que le permitan afrontar no solo el

mundo académico sino también el medio personal y social en el que viven pero de manera positiva.

Es que no sólo se tiene que saber cómo puede ser una persona resiliente, si no que se tiene que interiorizarlo y sobretodo expresarlo para que uno mismo se sienta convencido de que puede hacer frente a lo adverso y de que su situación pueda mejorar de manera positiva.

H. Características de las Personas Resilientes.

Las características que las personas resilientes presentan según Unger (citado en Villalba, 2004) son:

- **Características propias de los niños resilientes:** Aptitudes físicas e intelectuales, autoeficacia, autoestima, introspección, metas y aspiraciones, sentido de humor y creatividad, perseverancia, empatía, iniciativa, autonomía y moralidad.
- **Características interpersonales:** Relaciones significativas con otros, saber mantener su red social, restablecer la autoestima y asertividad.
- **Características familiares:** Calidad en la crianza y educación, flexibilidad, bajos niveles de conflictos, colaboración.
- **Características del ambiente y socioculturales:** Ambientes seguros, acceso a recursos comunitarios educativos y de ocio, apoyo social (p. 89).

I. Resiliencia en Adolescentes

Para Piaget (2001), la adolescencia es una etapa del ciclo vital donde hay retos y obstáculos significativos para él y que se ve enfrentado al desarrollo, primero, de su identidad y a la necesidad de adquirir la independencia de la

familia conservando al mismo tiempo la unión y la pertenencia al grupo. En segundo lugar, da la transición de la infancia a la edad adulta que se manifiesta con los cambios fisiológicos correspondientes así como el desarrollo cognitivo a nivel de operaciones formales, representado por la habilidad para pensar más allá de la realidad concreta y por la capacidad de manejar a nivel lógico, enunciados verbales y proposiciones, en vez de objetos concretos únicamente.

Por otro lado, Callabed (2006), menciona que el adolescente se ve comprometido a cumplir roles sociales en relación con sus compañeros y miembros del género opuesto, al mismo tiempo que se ve enfrentado a conseguir buenos resultados escolares y a tomar decisiones sobre su futuro. Cada una de estas fases del desarrollo requiere de una capacidad para el afrontamiento, es decir, estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y una transición efectivas.

Ahora bien, Morales (2011) justifica que durante la adolescencia, la resiliencia juega un papel relevante ya que, como fue puntualizado anteriormente, es precisamente durante esta etapa, cuando se requiere de un ajuste continuo, no sólo debido a los cambios internos, sino a las demandas externas que exigen al adolescente asumir una conducta orientada a metas y de preparación para su rol adulto.

Melillo et al. (2011), afirman que el adolescente tiene que construir conscientemente su propia Resiliencia, potenciar las posibilidades y recursos existentes para encaminar alternativas de resolución de las diferentes situaciones, y sobre todo lograr desarrollar factores resilientes para superar las situaciones adversas en su devenir cotidiano. Es más un protagonista que un receptor y debe lograr el conocimiento y aceptación de sus capacidades y

limitaciones, desarrollar creatividad y ejercer una autonomía responsable que le permita contar con habilidades para enfrentar eficazmente situaciones específicas. Es así como el concepto de Resiliencia ha dejado atrás su connotación característica individual para empezar a ser descrita como un proceso dinámico de aprendizaje e interacción de la persona con su entorno.

J. Ambientes que favorecen la Resiliencia

- La familia, los amigos y profesores.
- La estimulación al conocimiento de sí mismos, al desarrollo de características de su personalidad y de su experiencia de vida.
- Otro medio es el desarrollo y existencia de factores protectores definidos como: “Condiciones capaces de favorecer el desarrollo de los individuos o grupos y en muchos casos, reducir los efectos de circunstancias sumamente desfavorables”. (Kotliarenco, Cáceres et al., 1996). Entendiéndolos como influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona ante algún peligro o dificultad que predispone a un resultado no adaptativo, se refiere a las características que existen en los distintos ambientes que parecen revertir circunstancias potencialmente negativas.
- La condición de resiliencia no sería solo la suma de factores protectores, sino que además, la posesión de atributos en la personalidad que posibilitarían elaborar un sentido positivo ante las circunstancias adversas de la vida, los atributos son: factores personales, factores psicosociales de la familia y factores socioculturales.
- Las áreas de la resiliencia que sintetizan la diversidad y que serán claves al momento de entender el funcionamiento de los factores protectores son:

- Autoestima y auto concepto, vínculo afectivo, humor y creatividad, red social y de pertenencia, ideología personal y voluntad de sentido.
- Factores de riesgo, estos se refieren a “cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe unida a una mayor probabilidad de daño a la salud física o emocional” (Munist et al., 1998). De acuerdo a lo señalado, existirían personas que han concentrado los factores de riesgo, o sea buscan situaciones riesgosas a través de comportamientos que posibilitan las probabilidades de padecer daños.
- Analizando la interacción entre factores de riesgo, factores protectores y resiliencia se debe ampliar el concepto para entender el ínter juego con las variables sociales y comunitarias.

3. ADOLESCENCIA

A. Definiciones de Adolescencia

El vocablo “adolescencia” proviene del latín “adolescere”, que significa “crecer”, “avanzar hacia la madurez”. Esto implica tanto el crecimiento físico como el desarrollo cognoscitivo, psicológico, emocional y social. Desde el punto de vista psicosocial, la adolescencia es el periodo de transición entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma (Freyre, 1994)

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchos de ellos generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales,

sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social (Pineda & Aliño 2002, P.16; en Díaz, 2016).

Por otro lado Sierra (2004). Define a la adolescencia como una etapa de la vida en la que se producen cambios fundamentales para la estructuración psíquica y para la relación del sujeto con el contexto socio-cultural

Lila, Buelga & Musitu (2009), expusieron que el adolescente, está sometido a una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales; busca construir su identidad como persona para afrontar la vida adulta. La necesidad de control y autoridad que tiene el adolescente, sobre las distintas áreas de su vida, en respuesta a sus demandas de mayor autonomía, junto con la exigencia de los padres para que obtengan un comportamiento adulto y responsable en cuestiones tales como el rendimiento académico, puede representar una fuente importante de conflicto interno.

“La adolescencia es una transición del desarrollo entre la niñez y la etapa adulta” (Papalia y Wendkon, 2012).

Es una etapa del desarrollo humano única y decisiva, caracterizada por un desarrollo cerebral y un crecimiento físico rápido, un aumento de la capacidad cognitiva, el inicio de la pubertad y de la conciencia sexual, y la aparición de nuevas habilidades, capacidades y aptitudes (UNICEF, 2017).

La adolescencia es un periodo de la vida con intensos cambios físicos, psíquicos y sociales, que convierten al niño en adulto. Se inicia con la pubertad y termina cuando cesa el desarrollo bio-psicosocial. La Organización Mundial de la Salud considera adolescencia entre los 10 y los 19 años, y juventud entre los 19 y 25 años.

B. Situación de los Adolescentes en el Perú

A continuación se detalla algunas de las características principales sobre la situación de la población adolescente del Perú según el Ministerio de Salud (2017):

a. Indicadores Socioeconómicos

➤ Pobreza :

Si bien la incidencia de pobreza se ha reducido entre el 2010 y el 2015 en el país, aún sigue siendo alta entre los niños y adolescente. En 2015, el promedio nacional de pobreza estaba en 21.8%, mientras la población de 10 a 14 años se encontraba en 30.6% y los que se encuentran entre 15 a 19 años en 23.5%. Estos porcentajes son más altos en el ámbito rural que en el urbano.

Entre 2010 y el 2015 el porcentaje de hogares con adolescentes, de 12 a 17 años de edad, se redujo, a nivel nacional, en 4.7 puntos porcentuales (de 37.9% a 33.2%), así como en los diferentes grupos según su nivel de pobreza. El porcentaje de hogares con al menos un adolescente es mayor entre los pobres que en los no pobres (45.6% y 29.1%, respectivamente), lo cual puede constituir una mayor carga económica para los hogares pobres; pero también puede constituir una ventaja, ya que en un futuro cercano estos adolescentes se incorporarán a la población económicamente activa y así aportarán a la economía de sus hogares, aunque para ello es necesario que se mejore su accesos a centros de educación superior, ya que ello les permitirá conseguir un trabajo de mayor nivel remunerativo.

➤ Educación

El *analfabetismo* en el Perú se ha ido reduciendo en forma progresiva, de 10.7% en 2001 a 7.4% en 2010 y 6.0% en el 2015. En 2015, la tasa de analfabetismo en la población de 15 a 19 años de edad se encontraba en 0.7% y en cuanto al sexo la tasa de analfabetismo para hombres era de 0.7% y para mujeres era de 0.8%.

Asimismo, en cuanto a la *asistencia escolar* en la población de 12 a 16 años edad, la tasa bruta, se encontraban en 93.5% y la tasa neta en 83.4%, aunque con diferencias significativas por quintiles de ingresos, 73.5% en el quintil de menores ingresos y 90.1% en el de mayores ingresos.

También existe una brecha al acceso, de la población de 12 a 16 años de edad, a los servicios de educación entre aquellas personas que tuvieron como lengua materna el castellano y aquellos cuya lengua materna fue un idioma nativo, si bien para el 2015, la brecha de la tasa bruta de escolaridad fue de 2.4%, y para la tasa neta fue de 10.9%. Señalando que la población cuya lengua materna es un idioma nativo, presenta mayor dificultad en la asistencia escolar con respecto de la población cuya lengua materna es el castellano.

➤ Población económicamente activa adolescente

Entre 2005 y el 2015, el porcentaje de jóvenes, de 15 a 29 años de edad, que solo estudian se ha incrementado de 19.3% a 24.7%, y los que estudian y trabajan de 9.3% a 11.5%, mientras que el porcentaje de los que solo trabajan se ha reducido de 50.0% a 46.2%.

Lo cual es una señal del mayor acceso a la educación de esta población, lo que implica mejores posibilidades de empleo en el futuro.

De igual forma se evidencia que desde el 2008 se viene observando una tendencia decreciente en el porcentaje de adolescentes de 14 a 17 años que ya forman aparte de la población económicamente activa (PEA) del 36.7% al 24.1% en el 2015.

➤ **Seguro de Salud**

Entre 2011 y 2016, el porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años con cobertura de algún tipo de seguro de salud se ha incrementado de 69.9% a 81.0%, y el de los jóvenes de 18 a 29 de 50.7% a 64.3%.

Siendo mayor la cobertura entre los adolescentes y menor entre los jóvenes de 18 a 29 años de edad. La cobertura en el área rural es más alta que en el área urbana, debido a las altas coberturas del Seguro Integral de Salud (SIS) en esas áreas. La mayor parte de afiliados a EsSalud se encuentran en las áreas urbanas

b. Consumo de Alcohol y Drogas

➤ **Consumo de alcohol**

La prevalencia de vida del consumo del alcohol entre el 20105 y el 20156, en la población urbana del Perú, casi no ha sufrido cambios, de 87.8% a 86.2% si bien se observa una ligera disminución en población de 12 a 18 años desde 62.7% a 59.7%, así como en los jóvenes de 19 a 24 años, desde 92.7% a 87.3%.

En promedio la prevalencia de vida del consumo de alcohol en los adolescentes de las áreas urbanas del país es mayor al de las áreas rurales.

La prevalencia de vida de consumo de alcohol es mayor entre los hombres que entre las mujeres en todos los ámbitos estudiados por el INSM

La edad de inicio de consumo de alcohol en el país es bastante precoz, de acuerdo a los estudios del INSM, el promedio en las diferentes regiones era de 12.6 años, variando desde 11.9 años en la Sierra urbana a 13.1 en Lima y Callao.

➤ **Consumo de tabaco**

De acuerdo a las encuestas de hogares realizadas por CEDRO entre la población urbana del país, la prevalencia de vida de consumo de tabaco se ha incrementado de 56.7% a 58.5%, aunque ha disminuido entre los adolescentes de 35.5% a 24.5%.

Según los estudios del INSM, la prevalencia de vida de consumo de tabaco fue más alto en las áreas urbanas que en las rurales, y mayor entre los hombres (26.1%) que entre las mujeres (12.0%)

La edad promedio de inicio del consumo de tabaco fue similar en todos los ámbitos estudiados por el INSM, variando de 13.4 a 13.9 años.

➤ Consumo de drogas ilegales

En la población urbana del país, la prevalencia de vida del consumo de drogas ilegales es más baja que la del alcohol y el tabaco. En esta población, entre 2010 y 2015, se observa un incremento en el consumo de la marihuana, la pasta básica de cocaína y la cocaína, en particular de la marihuana que se ha pasado de 5.6% a 8.0% y de la cocaína que ha pasado de 1.5% a 2.3%. Aunque se ha reducido su consumo entre los adolescentes, no así entre los jóvenes de 19 a 29 años de edad en los que se ha incrementado

c. Salud Mental

De acuerdo a los estudios del Instituto Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2017) realizados en el período del 2003 al 2012, la prevalencia de tendencias psicopáticas (venta de objetos robados, mentiras frecuentes, actos delictivos y abandono de la escuela) es elevada entre los adolescentes del país, 37.0% en promedio en el país, así como el porcentaje de adolescentes que son tolerantes a conductas delictivas (haber ganado dinero vendiendo cosas de dudosa procedencia o robadas, haya participado en un robo alguna vez o considere que ante determinadas circunstancias es permitido robar) 7.3% en promedio a nivel nacional.

Según la encuesta de Salud Escolar de 2010, que el 20.0% de escolares de secundaria había considerado seriamente la posibilidad de suicidarse, en los últimos 12 meses, 15.3% hizo un plan de como suicidarse y 17.4% intentó suicidarse una o más veces en los últimos 12 meses. Según esta última fuente, la prevalencia de vida de conducta suicida oscila entre 2.9%

en la Sierra urbana a 0.5% en la sierra rural. En Lima Metropolitana, tanto el planeamiento, como la conducta suicida son más altas entre las mujeres que en los hombres (6.7% y 3.0% respectivamente para la planeación suicida, y 5.1% y 2.1% para la conducta suicida). Entre los principales motivos del intento suicida están los problemas familiares. En cuanto al pensamiento homicida, entre el 2.1% y el 2.7% de los adolescentes de las áreas urbanas, y del 0.8% al 1.2% de las áreas rurales, han tenido la idea de matar a alguien.

Con la excepción de la fobia social, cuya prevalencia es muy similar en las áreas urbanas y rurales, los trastornos clínicos en los adolescentes son más prevalentes en las áreas urbanas, ocupando los primeros lugares el episodio depresivo (la cual varía de 7.0% en Lima y Callao a 1.1% en Lima rural), los trastornos de ansiedad generalizada (que va de 5.5% en la sierra urbana a 0.4% en la sierra rural) y la fobia social (que va de 4.1% en la selva rural a 1.2% en la selva urbana).

La tendencia a problemas alimentarios, tiene una alta prevalencia en las áreas urbanas, llegando al 6.0% en Lima y Callao, donde es más prevalente entre las mujeres (7.1%) que entre los hombres (4.9%). En esta misma ciudad, las conductas bulímicas llegan a 1.6% en las mujeres y 0.3% en los hombres, y la Bulimia nervosa y la Anorexia nervosa tienen una prevalencia de 0.7% y 0.2% en mujeres, no encontrándose casos en hombres.

d. Violencia hacia los Adolescentes

En 2015, el porcentaje de adolescentes víctimas de violencia física o psicológica, alguna vez en la vida, en sus hogares o centros de atención

residencial fue de 81.0%, mientras que en la institución educativa era de 73.8%; la prevalencia en los últimos 12 meses antes de aplicación de la encuesta realizada por el INEI en el año 2015 llegó a 38.8% en los hogares y a 47.4% en las instituciones educativas. En los hogares, las modalidades más frecuentes de violencia psicológica fueron el insulto (91.0%), las amenazas (30.8%) y la exclusión (27.0%); mientras que las modalidades más frecuente de violencia física fue los jalones de cabello u orejas (60.1%), los golpes (26.9%) y quemaduras (2.1%). Asimismo, el 34.6% señalaron que alguna vez en su vida fueron víctimas de violencia sexual, y el 19.9% que fueron víctimas de violencia sexual en los últimos 12 meses antes de aplicación de la encuesta realizada por el INEI (Año 2015). Entre las principales situaciones de violencia sexual están: los comentarios o bromas de tipo sexual (56.5%), ser víctima de tocamientos indebidos en algunas partes del cuerpo (24.0%), obligado a ver pornografía en revistas, fotos, figuras por internet (21.1%), y ser víctima de miradas incómodas de sus partes íntimas (20.3%). En 2014, el 33.3% de todos los casos de feminicidio y el 26.9% de las tentativas de feminicidio se dieron en el grupo de 18 a 25 años de edad; entre las adolescentes de 12 a 17 años de edad, estos porcentajes fueron de 9.4% y 7.0%, respectivamente. En el 70.8% de los casos, la persona responsable del feminicidio fue la actual pareja sexual de la víctima (esposo, conviviente), su enamorado o ex pareja sexual.

Las principales víctimas de los homicidios en el Perú son los jóvenes de 15 a 29 años de edad, representando, entre 2011 y el 2015, el 40% de todas las víctimas de homicidio. En 2016, entre la población penitenciaria condenada por homicidio doloso, el 33.2% eran jóvenes entre 18 y 29 años

de edad, poniendo en evidencia que son los jóvenes las principales víctimas como los principales responsables de los homicidios en el Perú. Entre 2009 y 2014, el 81.5% de las víctimas de trata de personas tenían entre 13 y 24 años de edad. Las mujeres fueron las principales víctimas de trata de personas (79.7% en 2014). En el 66.4% de los casos el motivo fue explotación sexual y en 23.2% explotación laboral.

e. Salud Sexual y Reproductiva

En 2010, el 19.7% de los estudiantes de secundaria refirieron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Entre estos estudiantes, 46.7% tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años. Estos porcentajes son más altos entre los varones (28.3% han tenido relaciones sexuales y de ellos 50.9% antes de los 14 años), que entre las mujeres (11.1% han tenido relaciones sexuales y 36.1% antes de los 14 años). En el período 1986-2015, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) se ha reducido en 37.5% en las mujeres jóvenes de 20 a 24 años y en 40.7% en las de 25 a 29 años de edad, mientras que en las mujeres de 15 a 19 años solo se redujo en 17.7%. En el período 2000-2015 el porcentaje de mujeres que inicio su vida sexual antes de los 15 años de edad se incrementó de 5.1% a 6.9%.

➤ Embarazo Adolescente

El porcentaje de adolescentes, alguna vez embarazadas, no ha sufrido cambios importantes entre 1996 y el 2015, años en que este porcentaje fue de 13.4% y 13.6%, respectivamente. El embarazo adolescente es el doble en el área rural en relación al área urbana (22.5% y 10.6%, respectivamente para el 2015). Asimismo, es más alta

en la selva que en el resto de regiones naturales del país, y triplica el porcentaje de Lima Metropolitana (24.9% y 8.3%, respectivamente). Asimismo, es seis veces más alto entre las adolescentes de nivel educativo secundario con respecto a las que tienen nivel educativo superior (37.9% y 6.1%, respectivamente).

C. Etapas de la Adolescencia

Para Hurlock (1970), la adolescencia, en términos generales, se extiende desde el momento de la madurez sexual (10-12 años) hasta la edad en la que se asegura por vía legal la independencia respecto de la autoridad del adulto (17-21 años). De acuerdo a esta definición, en nuestro país se consideraría adolescente a un individuo hasta que cumpla la edad de los 18 años, edad en la que alcanza la mayoría de edad, como está establecido en la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, que considera adolescentes a aquellas personas entre los 12 y 17 años de edad (Ministerio de Salud, 2017).

Sin embargo, otros autores como Papalia, Feldman y Martorell (2012), consideran que la adolescencia abarca aproximadamente el lapso entre los 11 y 19 o 20 años, y que en algunas sociedades occidentales los médicos han comprobado que los cambios puberales tienen lugar incluso mucho antes de los 10 años. Para los fines de este trabajo tomaremos la consideración de estos autores de que la adolescencia puede llegar a extenderse más allá de los 18 años.

Siguiendo con la línea de Hurlock, a pesar de las diferencias individuales es posible demarcar períodos dentro de la adolescencia tomando en cuenta que están basados en grandes grupos de individuos y por consiguiente pueden no ser característicos de un adolescente en particular. Estos periodos son:

- Pre-adolescencia, que abarca desde los 10 a 12 años.
- Adolescencia (Período Inicial) que abarca desde los 13 a 16 años
- Adolescencia (Período Final) que abarca desde los 17 a 21 años.

“En casi todo el mundo, la entrada a la adultez toma más tiempo y es menos clara que en el pasado. La pubertad empieza más temprano que antes y el ingreso a una vocación ocurre más tarde, y a menudo requiere periodos más largos de educación o entrenamiento vocacional como preparación para las responsabilidades adultas. El matrimonio, con las responsabilidades que implica, también suele ocurrir más tarde. Los adolescentes pasan buena parte de su tiempo en su propio mundo, separado del mundo de los adultos”. (Larson & Wilson, 2004; en Papalia et al., 2012)

a. Adolescencia Temprana

Adolescencia temprana inicia en la pubertad (entre los 10 y 12 años), se presentan los primeros cambios físicos, e inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, el adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, desarrollando en él una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual constituye un factor importante, ya que puede causar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, que influyen en la conducta, contribuyendo al aislamiento. Estos cambios se denominan “crisis de entrada en la adolescencia”; agregado a lo anterior se presentan cambios en su medio: escuela, maestros, compañeros, sistema educativo, responsabilidades. La familia (la presencia del padre, madre o tutor) se convierte en un factor importante en como el adolescente vive esta etapa ya

que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

b. Adolescencia Intermedia

Adolescencia intermedia, inicia entre los 14 y 15 años. En este periodo se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfacciones al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

c. Adolescencia Tardía

Adolescencia tardía, inicia entre los 17 y 18 años. En esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza a tener más control de las emociones, tiene más independencia y autonomía. Existe también un cierto grado de ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social familiar, para contribuir a la economía, aun cuando no alcanzan la plena madurez, ni tienen los elementos de experiencia para desempeñarlas (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

D. Áreas de Desarrollo en la Adolescencia

a. Desarrollo Físico

El desarrollo físico del adolescente no se da por igual en todos los individuos, por lo cual en muchos casos este desarrollo se inicia tempranamente o tardíamente. Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer un auto-concepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia rebeldía. De ahí la importancia de sus cambios y aceptación de tales transformaciones para un adecuado ajuste emocional y psicológico (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

b. Desarrollo Psicológico

Los cambios físicos en el adolescente siempre serán acompañados por cambios psicológicos, tanto a nivel cognitivo como a nivel comportamental, la aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en como el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico; adquiere la capacidad de construir sistemas y teorías, además de estar interesado por los problemas inactuales, es decir, que no tienen relación con las realidades vívidas día a día. La inteligencia formal da paso a la libre actividad de la reflexión espontánea en el adolescente, y es así como éste toma una postura egocéntrica intelectualmente (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001). El equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que la función que le corresponde no es la contradecir sino la de anticiparse e interpretar la experiencia (Piaget, 1984).

Mussen et al., (1982), definen estos cambios psicológicos, de forma gradual más allá de operaciones formales de pensamiento, se alcanza la independencia respecto a la familia, y hay una mejor adaptación a la madurez sexual, además de establecerse relaciones viables y de cooperación con sus pares. Su vida toma rumbo y se adquiere el sentido de identidad, de tal forma que al final, logra adquirir las características psicológicas sobresalientes en un adulto: la independencia y la autonomía.

c. Desarrollo Emocional

Durante el proceso del desarrollo psicológico y búsqueda de identidad, el adolescente experimentará dificultades emocionales. Conforme el desarrollo cognitivo avanza hacia las operaciones formales, los adolescentes se vuelven capaces de ver las incoherencias y los conflictos entre los roles que ellos realizan y los demás, incluyendo a los padres. La solución de estos conflictos ayuda al adolescente a elaborar su nueva identidad con la que permanecerá el resto de su vida. El desarrollo emocional, además, está influido por diversos factores que incluyen expectativas sociales, la imagen personal y el afrontamiento al estrés (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et al., 2001).

d. Desarrollo Social

En la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, la sociedad es de gran influencia, este proceso se denomina socialización, el cual pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia (Brukner, 1975). El desarrollo social y las relaciones de los adolescentes abarcan al menos seis necesidades importantes (Rice, 2000):

- Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
- Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
- Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.
- Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros de juegos de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.
- Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
- Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo.

Los nuevos sentimientos y necesidades emocionales, la búsqueda de la independencia, la emancipación de los padres, ocasiona que el apoyo que antes era proporcionado por la familia se busque en otros adolescentes comúnmente de su misma edad. Lo anterior está muy ligado a la dinámica familiar que el adolescente presente, ya que si el menor cuenta con una buena dinámica familiar y buena comunicación con sus padres, tendrá menor necesidad de acceder a las demandas de otros adolescentes, de igual forma aceptará las opiniones de los padres por encima de sus compañeros, por lo menos en algunas áreas (Rice, 2000). En relación de pertenecer a un grupo social, se convierte en un asunto de importancia en esta etapa, debido a que de esta manera los adolescentes buscan formar relaciones y compartir

intereses comunes (Rice, 2000). Esta búsqueda de pertenencia refuerza la imagen propia, por lo cual al ser rechazado por los demás se convierte en un grave problema. De tal forma, la meta es ser aceptado por los miembros de una pandilla o de un grupo al que admiran. Como consecuencia, este grupo les ayudara a establecer límites personales y en ocasiones aprender habilidades sociales necesarias para obtener un auto-concepto de la sociedad que le ayudará a formar parte del mundo adulto más adelante (Rice, 2000).

E. La Importancia de la Emociones en la Adolescencia

Las demostraciones más recientes han demostrado que el periodo de mayor tensión emocional no coincide con la etapa en que las alteraciones glandulares son más pronunciadas. La pubertad es el periodo de mayor conmoción glandular, mientras que la mitad y el final de la adolescencia son las épocas en que la emotividad llega a su punto máximo. Aunque los cambios glandulares y físicos indudablemente tienen su importancia, los factores sociales parecen ser de mucha mayor trascendencia (Huanca y Sanchez, 2018).

a. Causas del aumento de la emotividad

En cualquier edad el proceso de adaptación va acompañado de tensión emocional, cuanto más difícil sea dicho proceso tanto mayor será el componente emotivo. Existen muchas causas comunes que originan en el adolescente sentimientos de inseguridad e incertidumbre, y que, como resultado, lo predisponen a un aumento de la emotividad. Todas ellas son productos de factores ambientales y sociales; por tal motivo, es lógico llegar a la conclusión de que el aumento de la tensión emocional durante la adolescencia es atribuible a factores sociales y no glandulares, como se creía antes.

Los factores que predisponen al adolescente a una intensa emotividad según Hurlock, Elizabeth B. (1970) en su libro Psicología de la adolescencia son los siguientes:

- Relaciones familiares desfavorables
- Restricciones provocadas por la supervisión paterna
- Obstáculos que impiden que el adolescente actúe como él quiere
- Situaciones en las cuales el individuo se siente inadaptado
- La conducta más seria que la sociedad espera
- Adaptación a nuevos ambientes
- Adaptación social al sexo opuesto
- fracasos escolares
- Conflictos con la familia o los amigos
- Problemas vocacionales
- Dudas religiosas
- Comprensión más seria

b. Patrones Emocionales Corrientes en la Adolescencia

Huanca y Sanchez (2018), mencionan los siguientes patrones emocionales:

✓ Miedo

En la adolescencia el miedo puede clasificarse, a grandes rasgos, en tres categorías generales:

- Miedo a ciertos objetos materiales. Aquí se incluyen víboras, perros, tormentas, ruidos extraños, ascensores, fuego, agua, ferrocarriles, aviones, etc.
- Miedo a las relaciones sociales. Comprende: conocer gente, estar con gente entre comillas superior en algún aspecto al

adolescente, estar solo, estar en una muchedumbre, hablar en público, ir a fiestas con jóvenes del sexo opuesto, estar en grupos predominantemente de adultos. Ahora bien, el miedo de orden social presenta dos formas: situaciones embarazosas y/o timidez.

- Miedo relativo a sí mismo. Incluye: pobreza, muerte, enfermedad grave del individuo o de miembros de la familia, alguna incapacidad, miedo a conseguir y conservar un empleo, fracaso en la escuela, a la popularidad, crisis morales, etc.

✓ **Preocupaciones**

La preocupación es un tipo de temor que proviene más de causas imaginarias que reales; y se halla caracterizado por la dramatización mental repetida de la situación que se teme. La preocupación puede ser más intensa que el miedo, aunque es probable que sea tan profunda como la mayoría de los temores de la adolescencia.

- Entre los alumnos de secundaria, los problemas escolares constituyen asimismo algunas de las fuentes principales de aflicción; algunas de sus preocupaciones principales son: el conducirse como el favorito del profesor, las exigencias desmedida de los deberes, el fracaso a las actividades escolares, la falta de capacidad para concentrarse, el no saber estudiar y el no poder llevarse bien con el profesor. Aunque algunos adolescentes pueden adoptar una actitud de “que me importa” con respecto a sus estudios.

- Ahora bien los problemas escolares no constituyen el único motivo de preocupación de los adolescentes jóvenes; en ambos sexos es común hallar ansiedad por el aspecto físico, la popularidad, y las incapacidades relativas a su papel sexual, así también la falta de comprensión con sus padres y entre los mismos, la enfermedad de algún miembro de la familia.
- En el aspecto social las preocupaciones están vinculadas con las relaciones hombre – mujer, dificultad para hacerse de amigos y cualquier actuación en público.
- Entre los problemas personales más frecuentes que originan preocupaciones se encuentran: la normalidad de la pubertad y del desarrollo físico, los problemas de salud, de religión, de elección vocacional, de dinero, falta de control emocional, los problemas de conducta y los defectos de personalidad.

✓ **Ira**

En la adolescencia los estímulos que provocan ira son principalmente los de orden social. Se ha encontrado que las causas más comunes de ira entre los alumnos de secundaria son: ser objeto de burlas, ser tratados injustamente, verse despojados de sus pertenencias por un hermano o soportar las imposiciones de este, el que se les mienta, el que se les mande, el que se les haga observaciones sarcásticas o el que las cosas no les salga bien.

Además de las causas sociales, la interrupción de las actividades habituales tales como el estudio y el sueño, el fracaso en las tareas y los planes frustrados originan la ira en el adolescente.

✓ **Enfado**

El enfado es una forma de irritación o de sensaciones desagradables no tan violentas como la ira. Los enojos provienen de experiencias desagradables y aunque generalmente pueden no dar lugar a reacciones airadas, pueden interferir con la adaptación del individuo, y predisponerlo a expresiones temperamentales más violentas.

✓ **Frustraciones**

Los obstáculos que existen en el ambiente o en sí mismo impiden al adolescente satisfacer un deseo o alcanzar la meta que se ha fijado. Cuando un adolescente experimenta la frustración puede responder con una explosión de ira, pero es más probable que enmascare su explosión de ira con alguna forma de conducta socialmente más aceptable.

✓ **Celos**

Los celos pueden ser provocados por cualquier situación en que intervenga gente por la cual el individuo sienta un afecto profundo. Solo en el caso de los adolescentes inmaduros se producirán reacciones de celos infantiles, por lo regular la reacción emocional del joven es de forma verbal, en vez de atacar físicamente al individuo que lo pone celoso el adolescente emprende un duelo verbal.

✓ **Alegría, Placer, Deleite**

En la adolescencia como en la infancia, la alegría, placer y deleite se halla influenciada en gran parte por el estado físico general del individuo, aunque la buena salud por sí sola no es capaz de hacer feliz a un adolescente. Sin embargo si este se halla predispuesto a la felicidad existen cuatro situaciones que pueden provocar esta emoción en grado

variable de intensidad: 1) la buena adaptación del individuo, 2) la percepción de un elemento cómico, 3) la liberación de energía acumulada y 4) los sentimientos de superioridad.

✓ **Afectos**

Los afectos son reacciones emocionales determinadas por relaciones agradables. Como el afecto del adolescente se halla limitado a relativamente pocas personas y como la adolescencia es una edad en que todas las emociones son algo más intensas que lo habitual. Cuando el adolescente siente afecto por alguien no lo hace con el tono tibio del niño; en cambio, es un tipo absorbente de emoción, que impulsa al adolescente a buscar la compañía del individuo o individuos hacia quienes es más intenso su afecto. Cuando se haya apartado de ellos se siente solo e inseguro por lo que buscara mantenerse en contacto con los mismos.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. Tipo y Diseño de Investigación

A. Tipo

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional porque describe la relación entre dos conceptos o variables en un momento determinado (Hernández, Fernández, Baptista, 1996).

De tipo descriptivo por que se busca especificar propiedades y características en un grupo y correlacional porque se asocian dos variables.

B. Diseño

El diseño de investigación es no experimental, ya que no hay manipulación deliberada de variables, sólo se observan y analizan los fenómenos como se dan en su contexto natural.

2. Sujetos

A. Población

La población de la presente investigación estuvo conformada por alumnos de la institución educativa pública Gran Unidad Escolar “Mariano Melgar” de Arequipa.

B. Muestra

El tipo de muestreo que se empleó fue el no probabilístico intencional. Es no probabilístico ya que las unidades de análisis se recogen utilizando métodos en los que no interviene el azar. Es intencional, porque responde a ciertas características de acuerdo a los requerimientos de la investigación.

La muestra quedó conformada por 360 estudiantes de la institución educativa pública Gran Unidad Escolar “Mariano Melgar” de Arequipa que se sujetan a los siguientes criterios:

a. Criterios de Inclusión

- Adolescentes matriculados en el año académico 2019.
- Adolescentes pertenecientes a la Institución Educativa Pública
- Adolescentes de ambos sexos.
- Adolescentes de 11 a 17 años.
- Adolescentes secundarios de 1ro. A 5to.
- Adolescentes que acepten participar en el estudio.

b. Criterios de Exclusión

- Adolescentes que no acepten participar en la investigación.
- Adolescentes que no se encuentran en el rango de edad (11 a 17 años).

3. Instrumentos y Técnicas

Para la recolección de los datos se empleó como instrumentos, el Cuestionario de Estilos de Humor, elaborado por Martin, Puhlik-Doris, Larse, Gray y Weir (2003) de Canadá, para evaluar los niveles de los estilos del Sentido del Humor y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, para estimar los niveles de resiliencia en los adolescentes de la institución educativa pública Gran Unidad Escolar “Mariano Melgar” de Arequipa.

A. Cuestionario De Estilos De Humor (HSQ)

a. Ficha técnica

- **Nombre** : Cuestionario de Estilos de Humor
- **Autores** : Martin, Puhlik-Doris, Larse, Gray y Weir (2003)
- **Procedencia** : Canadá.
- **Adaptación peruana** : Carrillo (2017).
- **Administración** : Individual o colectiva.
- **Duración** : Aproximadamente de 10 a 15 minutos.
- **Aplicación** : Para adolescentes.
- **Significación** : La Escala evalúa los siguientes estilos del Sentido del Humor: Humor afiliativo, Humor de automejoramiento personal, Humor agresivo y Humor autodescalificador, sin puntuación total.

b. Breve descripción

El Cuestionario de Estilos de Humor (HSQ), fue elaborado por Martin, Puhlik-Doris, Larse, Gray y Weir (2003) de Canadá y adaptado por Carrillo (2017)

El Cuestionario de Estilos de Humor cuenta con 27 ítems del tipo ordinal, de los cuales 8 corresponden al humor afiliativo, 7 para el humor de automejoramiento personal, 5 para humor agresivo y 7 para humor autodescalificador, sin puntuación total.

El evaluador deberá marcar su respuesta en una escala del tipo Likert correspondiente entre el 1 y 7: 1) “Totalmente en desacuerdo”, 2) “Moderadamente en desacuerdo”, 3) “Ligeramente en desacuerdo”, 4) Ni acuerdo, ni en desacuerdo, 5) Ligeramente de acuerdo, 6) Moderadamente de acuerdo, 7) Totalmente de acuerdo. Estas respuestas no son correctas o incorrectas en donde el evaluador deberá escoger con total libertad.

c. Estructura

Estilos de Humor

- El humor afiliativo; tendencia a compartir con los demás, contar chistes e historias divertidas, divertir a otros, hacen reír a los demás, disfrutar de la risa con los mis compañeros, familiares, amigos, etc. (Martin, 2007).
- El humor para el Automejoramiento personal; tendencia a mantener una perspectiva humorística sobre la vida utilizando el humor para lidiar con el estrés, la tristeza, la desesperanza y animarse a sí mismo para sentir satisfacción y alegría (Martin, 2007).
- El humor Agresivo; tendencia a utilizar el humor para menospreciar, manipular y burlarse con un fin específico, este tipo de humor es ofensivo; compulsivo expresando desánimo y negatividad contra otro y otros en momentos poco propicios generando desánimo y malestar (Martin, 2007).

- El humor por Autodescalificación personal; tendencia a disminuirse para generar diversión en los grupos sociales pertenecientes, generando un estado de ánimo de auto-descalificador; Las personas que utilizan este tipo de humor tienden a hacer el ridículo y ocultar su malestar para buscar el afecto social y ocultar sus verdaderos sentimientos de inferioridad (Martin, 2007).

La relación de ítems de cada dimensión.

ESTILOS	ITEMS
Humor Afiliativo	1(I), 4, 8(I), 12, 15(I), 18, 21(I) y 24(I)
Humor de Automejoramiento	2 ,5 ,9 ,13 ,16 ,22 y 25
Humor Agresivo	6(I), 10, 14(I), 19(I) y 26(I)
Humor Autodescalificador	3, 7, 11, 17, 20, 23 y 27

Nota: Los ítems marcados con (I), son de calificación inversa.

d. Calificación

Los 27 ítems puntuados en una escala del tipo Likert correspondiente entre el 1 y 7: 1) “Totalmente en desacuerdo”, 2) “Moderadamente en desacuerdo”, 3) “Ligeramente en desacuerdo”, 4) Ni acuerdo, ni en desacuerdo, 5) Ligeramente de acuerdo, 6) Moderadamente de acuerdo, 7) Totalmente de acuerdo. Estas respuestas no son correctas o incorrectas en donde el evaluador deberá escoger con total libertad. Los ítems 1, 6, 8, 14, 15, 19, 21, 24 y 26; son de calificación inversa

ESTILOS	NIVELES
Humor Afiliativo	Bajo (hasta 31)
	Promedio (32 a 43)
	Alto (44 a más)
Humor de Automejoramiento	Bajo (hasta 32)
	Promedio (33 a 42)
	Alto (43 a más)
Humor Agresivo	Bajo
	Hasta 25 (Mujeres)
	Hasta 27 (Varones)
	Promedio
	26 – 33 (Mujeres)
	28 – 35 (Varones)
Humor Autodescalificador	Alto
	33 a más (Mujeres)
	36 a más (Varones)
	Bajo (hasta 22)
	Promedio (23 -32)
	Alto (33 a más)

e. Confiabilidad

El instrumento originalmente contó con 111 ítems en una muestra de 258 estudiantes, posteriormente se redujo a 60 ítems con una muestra 485 participantes, para finalmente reducirse a 32 ítems dando los resultados de confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0,77 a 0,81.

El año 2017 se realiza una adaptación del Cuestionario del Sentido del Humor por Carrillo de la UNCV realizada en una muestra de 375 adolescentes entre las edades de 11 y 17 años, de ambos sexos de 3 instituciones educativas representativas en el distrito de Los Olivos, obteniéndose una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.73.

f. Validez

Para la validez utilizaron la del tipo convergente encontrando correlación significativa y positiva entre el estilo de humor afiliativo, la escala de extroversión del NEO PI-R de (Costa y McCrae, 1992), la Escala de intimidad (Miller y Lefcourt, 1982) y la Escala de autoestima de Rosenberg (1965).

B. Escala De Resiliencia De Wagnild Y Young (ER)

a. Ficha técnica

- **Nombre** : Escala de Resiliencia.
- **Autores** : Wagnild, G. Young, H. (1993).
- **Procedencia** : Estado Unidos.
- **Adaptación peruana** : Novella (2002).
- **Administración** : Individual o colectiva.
- **Duración** : Aproximadamente de 25 a 30 minutos.
- **Aplicación** : Para adolescentes y adultos.
- **Significación** : La Escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia: Ecuanimidad, Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo, Perseverancia, y Satisfacción. Asimismo, considera una Escala Total.

b. Breve descripción

La escala de resiliencia fue construida por Wagnild y Young en 1988, y fue revisada por los mismos autores en 1993. Está compuesta de 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo, y un máximo de acuerdo es 7. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados positivamente; los más altos puntajes serán indicadores de mayor resiliencia, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos.

Para Wagnild y Young (1993), la resiliencia sería una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación

Ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida.

La resiliencia es la capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas, bien hechas, cuando todo parece actuar en nuestra contra. Puede entenderse aplicada a la psicología como la capacidad de una persona de hacer las cosas bien pese a las condiciones de vida adversas, a las frustraciones, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado.

c. Objetivos del instrumento

- a) Establecer el nivel de resiliencia de los estudiantes.
- b) Realizar un análisis psicométrico del nivel de resiliencia de los estudiantes.

d. Estructura

La Escala de Resiliencia tiene como componentes:

- Confianza en sí mismo
- Ecuanimidad
- Perseverancia
- Satisfacción personal
- Sentirse bien solo

e. Factores

Factor I: Integrado por 17 ítems

Denominado competencia personal e indica autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.

Factor II: Integrado por 8 ítems

Denominado aceptación de uno mismo y de la vida; e indica adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.

Estos dos factores toman en consideración los siguientes indicadores de resiliencia:

- Ecuanimidad: Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.
- Perseverancia: Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.

- Confianza en sí mismo: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.
- Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.
- Sentirse bien sólo: Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.

Relación de ítems por cada indicador de la Escala de Resiliencia (ER)

Indicador	Ítems
Satisfacción personal	16, 21, 22, 25
Ecuanimidad	7, 8, 11, 12
Sentirse bien solo	5, 3, 19
Confianza en sí mismo	6, 9, 10, 13, 17, 18, 24
Perseverancia	1, 2, 4, 14, 15, 20, 23

f. Calificación e interpretación

Los 25 ítems puntuados en una escala de formato tipo Likert de 7 puntos donde: 1, es máximo desacuerdo; 7, significa máximo de acuerdo. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem; y a todos los que son calificados positivamente de entre 25 a 175 serán puntajes indicadores de mayor resiliencia

g. Confiabilidad

La prueba piloto tuvo una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.89 (Novella,

2002). Los estudios citados por Wagnild y Young dieron confiabilidades de 0.85 en una muestra de cuidadores de enfermos de Alzheimer; 0.86 y 0.85 en dos muestras de estudiantes femeninas graduadas; 0.90 en madres primerizas post parto; y 0.76 en residentes de alojamientos públicos. Además, con el método test-retest la confiabilidad fue evaluada por los autores en un estudio longitudinal en mujeres embarazadas antes y después del parto, obteniéndose correlaciones de 0.67 a 0.84, las cuales son respetables.

El año 2004 se realiza una nueva adaptación de la Escala de Resiliencia por un grupo de profesionales de la facultad de psicología Educativa de la UNMSM realizada en una muestra de 400 estudiantes varones y mujeres entre 13 a 18 años de edad de tercer año de secundaria de la UGEL 03, obteniéndose una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.83.

h. Validez

La validez concurrente se demuestra por los altos índices de correlación de la ER con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia. Según el criterio de Kaiser, se identifican 5 factores.

La validez del contenido se da a priori, pues los ítems fueron seleccionados acorde con aquellos que reflejaban las definiciones de resiliencia, a cargo de los investigadores, dos psicometristas y dos enfermeras. Los ítems tienen una redacción positiva. La validez concurrente se da al correlacionar altamente con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia como:

Depresión, con $r = -0.36$, satisfacción de vida, $r = 0.59$; moral, $r = 0.54$; salud, $r = 0.50$; autoestima, $r = 0.57$; y percepción al estrés, $r = -0.67$.

En cuanto a la validez, se utilizó en esta investigación el análisis factorial para valorar la estructura interna del cuestionario, con la técnica de componentes principales y rotación oblimin, que nos mostró 5 factores que no están correlacionados entre sí.

4. Procedimientos

Para realizar la presente investigación, inicialmente se pidió la autorización y consentimiento del director de la Gran Unidad Escolar “Mariano Melgar”, posteriormente se realizaron las coordinaciones necesarias con el psicólogo de la institución. Una vez establecida la muestra, se procedió a calendarizar las fechas de aplicación de los instrumentos.

Se aplicaron a los adolescentes los dos instrumentos de manera simultánea y colectiva, dando las indicaciones pertinentes para el marcado, de la misma forma se procedió a la aplicación de las pruebas en cada salón de clases hasta concluir con toda la muestra.

Una vez terminada la evaluación se procedió al análisis e interpretación de los datos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

1. Análisis e Interpretación de Datos

Los datos serán presentados en tablas para una mejor comprensión y para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25 y se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, para analizar la relación de las variables.

Tabla 2:***Niveles del estilo Humor Afiliativo***

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	65	18.1
Medio	179	49.7
Alto	116	32.2
Total	360	100.0

En la tabla 2 se muestra los resultados obtenidos de los niveles del estilo Humor Afiliativo. Donde la mayor parte de adolescentes evaluados presenta un nivel medio (49.7%); mientras que el 32.2% tiene un nivel alto y solo el 18.1% un nivel bajo de Humor Afiliativo.

Tabla 3:***Niveles del estilo Humor de Automejoramiento***

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	183	50.8
Medio	130	36.1
Alto	47	13.1
Total	360	100.0

En la tabla 3 se muestra los resultados obtenidos de los niveles del estilo Humor de Automejoramiento .En donde se observa que la mayor parte de adolescentes evaluados presenta un nivel bajo (50.8%); mientras que el 36.1% tiene un nivel medio y solo el 13.1% un nivel alto de Humor de Automejoramiento.

Tabla 4:***Niveles del estilo Humor Agresivo***

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	336	93.3
Medio	24	6.7
Alto	0	0.0
Total	360	100.0

En la tabla 4 se muestra los resultados obtenidos de los niveles del estilo Humor Agresivo. En donde se observa que la mayor parte de adolescentes evaluados presenta un nivel bajo (93.3%); mientras que solo el 6.7% tiene un nivel medio y ninguno posee un nivel alto de Humor Agresivo.

Tabla 5:***Niveles del estilo Humor Autodescalificador***

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	213	59.2
Medio	117	32.5
Alto	30	8.3
Total	360	100.0

En la tabla 5 se muestra los resultados obtenidos de los niveles del estilo Humor Autodescalificador. En donde la mayor parte de adolescentes evaluados presenta un nivel bajo (59.2%); mientras que el 32.5% tiene un nivel medio y solo el 8.3% un nivel alto de humor autodescalificador.

Tabla 6:***Niveles de Resiliencia***

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	5	1.4
Medio	137	38.1
Alto	218	60.6
Total	360	100.0

En la tabla 6 se muestra los resultados obtenidos de los niveles de Resiliencia. En donde se observa que la mayor parte de adolescentes evaluados presenta un nivel alto de (60.6%); mientras que el 38.1% tiene un nivel medio y solo el 1.4% tiene un nivel bajo de resiliencia.

Tabla 7:***Nivel de Resiliencia según el sexo****Rangos*

			Rango	U de Mann-	Z	Sig. Asintótica
	Sexo	N	promedio	Whitney		(bilateral)
Resiliencia	Mujer	140	175.39	14684.500	-.743	.457
	Varón	220	183.75			
	Total	360				

En la Tabla 7, se exponen los resultados obtenidos mediante la prueba U de Mann-Whitney, para detectar si se encuentran diferencias significativas en la resiliencia con respecto al sexo. Concluyendo que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la resiliencia ($U=14684.5$; $Z= -0.743$; $p= .457$) entre los varones y mujeres evaluados

Tabla 8:*Niveles de los estilos del Sentido del Humor según el sexo**Rangos*

					Z	Sig. Asintótica (bilateral)
	Sexo	N	Rango promedio	U de Mann- Whitney		
Humor Afiliativo	Mujer	140	193.11	13634.500	-1.836	.066
	Varón	220	172.48			
	Total	360				
Humor de Automejoramiento	Mujer	140	185.30	14728.500	-.698	.485
	Varón	220	177.45			
	Total	360				
Humor Agresivo	Mujer	140	173.85	14469.500	-.969	.333
	Varón	220	184.73			
	Total	360				
Humor Autodescalificador	Mujer	140	186.74	14527.000	-.908	.364
	Varón	220	176.53			
	Total	360				

En la Tabla 8, se exponen los resultados obtenidos mediante la prueba U de Mann-Whitney, para detectar si se encuentran diferencias significativas en los estilos del sentido del humor con respecto al sexo. A lo que los resultados demuestran que no se han hallado diferencias estadísticamente significativas en el humor afiliativo ($U=13634.5$; $Z= -1.836$; $p= .066$), de automejoramiento ($U=14728.5$; $Z= -0.698$; $p= .485$), agresivo ($U=14469.5$; $Z= -0.969$; $p= .333$) y autodescalificador ($U=14527$; $Z= -0.908$; $p= .364$) entre los varones y mujeres evaluados.

Tabla 9:***Nivel de Resiliencia según los Ciclos Escolares VI y VII****Rangos*

					Z	Sig.
	Ciclo	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney		asintótica(bilateral)
Resiliencia	Ciclo VI	157	157.15	12269.0	-3.745	.000
	Ciclo VII	203	198.56			
	Total	360				

En la tabla 9 se puede observar los resultados obtenidos mediante la prueba de U de Mann-Whitney, para encontrar diferencias significativas en la resiliencia respecto a los ciclos escolares VI y VII. Concluyendo que si existen diferencias estadísticamente significativas en la resiliencia de los alumnos evaluados ($U=12269$; $Z= -3.745$; $p<.001$), siendo así que los alumnos de VII ciclo tienen una mayor resiliencia que los del VI ciclo.

Tabla 10:***Niveles de los Estilos del Sentido del Humor según los Ciclos Escolares VI y VII******Rangos***

	Ciclo	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Z	Sig. Asintótica (bilateral)
Humor Afiliativo	Ciclo VI	157	169.71	14242.0	-1.731	.083
	Ciclo VII	203	188.84			
	Total	360				
Humor de Automejoramiento	Ciclo VI	157	167.71	13928.0	-2.052	.040
	Ciclo VII	203	190.39			
	Total	360				
Humor Agresivo	Ciclo VI	157	200.07	12863.5	-3.143	.002
	Ciclo VII	203	165.37			
	Total	360				
Humor Autodescalificador	Ciclo VI	157	165.81	13629.0	-2.358	.018
	Ciclo VII	203	191.86			
	Total	360				

En la Tabla 10, se exponen los resultados obtenidos mediante la prueba U de Mann-Whitney, para detectar si se encuentran diferencias significativas en los estilos del sentido del humor con respecto a los ciclos escolares VI y VII. Donde se puede apreciar que existen diferencias estadísticamente significativas en el humor de automejoramiento ($U=13928$; $Z= -2.052$; $p= .040$) y autodescalificador ($U=13629$; $Z= -2.358$; $p= .018$) en los alumnos evaluados, siendo así que los alumnos de VII ciclo tienen un mayor humor de automejoramiento y autodescalificador que los del VI ciclo. Por otro lado, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el humor agresivo ($U=12863.5$; $Z= -3.143$; $p= .002$), en este caso los alumnos del VI ciclo son quienes presentan mayores puntajes que los del VII ciclo.

Tabla 11:***Prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov***

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Resiliencia	.064	360	.001
Humor Afiliativo	.068	360	.000
Humor de Automejoramiento	.053	360	.016
Humor Agresivo	.054	360	.015
Humor Autodescalificador	.071	360	.000
a. Corrección de significación de Lilliefors			

La Tabla 11, presenta la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, que se realizó antes de la correlación de la Resiliencia y los estilos del Sentido del Humor para determinar si presentan o no una distribución normal, llegando a obtener que tanto la resiliencia como los estilos de humor no presentan distribución normal ($p < .05$). Por lo que deben ser procesadas utilizando estadística no paramétrica, por medio del coeficiente de correlación de Spearman.

Tabla 12:***Relación entre los estilos del Sentido del Humor y la Resiliencia***

		Resiliencia
Rho de Spearman	Humor Afiliativo	Coeficiente de correlación .302**
		Sig. (bilateral) .000
		N 360
	Humor de Automejoramiento	Coeficiente de correlación .443**
		Sig. (bilateral) .000
		N 360
	Humor Agresivo	Coeficiente de correlación -.250**
		Sig. (bilateral) .000
		N 360
	Humor Autodescalificador	Coeficiente de correlación .057
		Sig. (bilateral) .279
		N 360

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

En la tabla 12, se exponen los resultados al relacionar los estilos del sentido del humor con la resiliencia, en donde se halló que existe una relación estadísticamente significativa y directa entre el humor afiliativo ($r = .302$; $p < .001$) y el humor de automejoramiento ($r = .443$; $p < .001$) con la resiliencia, lo que nos indica que un mayor humor afiliativo y de automejoramiento se asocia con una mayor resiliencia. Asimismo, se encontró una relación inversa entre el humor agresivo y la resiliencia, lo que significa, que un mayor humor agresivo se asocia con una menor resiliencia ($r = -.250$; $p < .001$) y finalmente no se encontró ninguna relación significativa con el humor autodescalificador.

DISCUSIÓN

El presente estudio titulado: Sentido del humor y resiliencia en adolescentes de nivel secundario de una institución educativa pública de Arequipa; tuvo como principal objetivo determinar la relación entre el Sentido del Humor y la Resiliencia, de igual forma otro de los propósitos fue establecer los niveles de resiliencia y los niveles de los estilos del sentido del humor, así como las diferencias de la resiliencia y sentido del humor según sexo y ciclo de estudios, para finalmente establecer la relación existente entre los estilos del sentido del humor y la resiliencia.

Los resultados con respecto a los niveles de los estilos del sentido del humor, muestran en cuanto al estilo de humor afiliativo, que los adolescentes presentan en su mayoría un nivel medio de 49.7%, lo que significa según Martín (2007) que los adolescentes tienen la tendencia a compartir con los demás, contar chistes e historias divertidas, divertir a otros, hacer reír a los demás y disfrutar de la risa con sus compañeros, familiares o amigos. En cuanto al estilo de humor de automejoramiento la

mayoría de los adolescentes obtuvo un nivel bajo de 50.8%, lo que significa que los estudiantes no poseen una perspectiva humorística sobre la vida, ni utilizan el humor para lidiar con el estrés, la tristeza, la desesperanza, ni para animarse a sí mismo, con el objetivo de sentir satisfacción y alegría (Martin, 2007). De igual forma se comprobó que la mayoría de adolescentes obtuvo un nivel bajo en los estilos de humor agresivo y de humor autodescalificador. 93.3% y 59.2% respectivamente, lo que evidencia que hay una tendencia a no utilizar el humor para menospreciar, manipular ni burlarse, de los demás; así como a no disminuirse para generar diversión en los demás (Martin, 2007).

Se corroboró que la mayoría de los adolescentes posee un mayor nivel de humor afiliativo, caso contrario en el estudio de Sarshar (2017), realizado en pacientes con VIH en Lima en donde encontró que los pacientes con VIH utilizan el humor de mejoramiento personal con mayor frecuencia en comparación a los otros estilos. Ello podría interpretarse como una forma positiva de afrontarse a la adversidad ya que éste estilo contempla estrategias de afrontamiento positivas como de autosuperación y así como un amortiguador de emociones negativas (Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray & Weir, 2003). En términos generales, podría suponerse que en nuestro caso al ser un estudio en una institución educativa los adolescentes usan con mayor frecuencia el humor afiliativo, debido a que se encuentran en una etapa en donde buscan la necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social dentro del grupo (Rice, 2000)

En cuanto a los niveles de resiliencia se pudo comprobar que la mayoría de adolescentes evaluados posee un nivel de resiliencia alto con un 60.6 %, lo cual indica que los estudiantes poseen una adecuada capacidad de sobreponerse frente a las dificultades, esto es corroborado por la teoría propuesta por Wolin y Wolin (1993), citado por Castro y Morales (2013), los cuales refieren que resiliencia es importante cuando se desarrolla dependiendo de la etapa de evolución de la persona, en este caso

adolescentes participantes de la investigación, refiriendo que les hace personas más fuertes y consistentes de sus actos a medida que van atravesando diferentes situaciones y ciclos en su vida; lo cual permite avizorar un panorama alentador para los adolescentes de la institución educativa. Por último, es fundamental aludir que las personas resilientes creen conveniente considerar el desarrollo de la resiliencia en términos plurales y no en singular, lo cual resulta satisfactorio para el contexto escolar y familiar.

Al comparar según el sexo los niveles del sentido del humor y la resiliencia, los resultados arrojaron que no se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres, lo que indicaría que tanto mujeres como varones tienen el mismo nivel de resiliencia y de sentido del humor. Algunas investigaciones con respecto a la diferencia en cuanto al sexo en la resiliencia, encontramos similares resultados en la investigación de Huanca & Sanchez (2018), quienes realizaron un estudio sobre resiliencia y proyecto de vida en adolescentes en Arequipa, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre los varones y mujeres en cuanto a la resiliencia. De la misma forma Silva (2012), quien realizó un estudio en estudiantes del Callao llegó a la misma conclusión al no encontrar diferencias significativas entre varones y mujeres. En los últimos años diversas investigaciones sobre resiliencia han concluido que no se encuentran diferencias significativas de la resiliencia según sexo. En cuanto a las diferencias significativas en cuanto al sexo en el sentido del humor, no coincidimos en los resultados obtenidos con otras investigaciones realizadas, como la de Carrillo (2017) con adolescentes en Lima, quien si encontró que el humor agresivo cuenta con diferencias significativas en relación al sexo, de igual forma los resultados de la investigación D'Anello (2008), arrojaron diferencias significativas en el humor agresivo en una muestra de estudiantes venezolanos.

Con respecto a la diferencia de los ciclos de estudios con la resiliencia y los estilos del sentido del humor, se encontró diferencias significativas entre el VI y VII ciclo. Es así que en cuanto a la resiliencia, los alumnos de VII ciclo presentan una mayor resiliencia que los del VI ciclo, esto significa que los alumnos de VII ciclo que comprenden los grados de tercero, cuarto y quinto grado de secundaria están en el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras. American Psychological Association (2016). Y en cuanto al sentido del humor en los ciclos de estudios, los alumnos de VII ciclo poseen un mayor humor de automejoramiento y autodescalificador que los del VI ciclo, lo que significa que los alumnos de los grados de tercero, cuarto y quinto, tienen la tendencia a mantener una perspectiva humorística sobre la vida utilizando el humor para sentir satisfacción y alegría y a la misma vez se disminuyen a sí mismos al generar diversión dentro del grupo al que pertenecen, para buscar el afecto social (Martin, 2007). Según Deusto (1992) al burlarnos de nuestros propios problemas desarrollamos una habilidad positiva, debido a que generamos la aceptación de nuestra personalidad. Por otro lado, se encontró diferencias significativas en el humor agresivo, siendo los alumnos del VI ciclo quienes presentan mayores puntajes que los del VII ciclo, esto significa que los alumnos de primero y segundo grado de secundaria poseen una mayor tendencia a utilizar el humor para menospreciar, manipular y burlarse, lo que puede generar desánimo y malestar hacia los demás en momentos poco propicios (Martin, 2007).

Por último se halló que no existe una relación significativa entre todos los estilos del sentido del humor con la resiliencia. Lográndose identificar que el humor afiliativo y el humor de automejoramiento tienen una relación directamente significativa con la

resiliencia. Esto concuerda con Martin (2007) el cual define al humor afiliativo y al humor de automejoramiento como tipos de humor positivos. Según el modelo de resiliencia de Wolin y Wolin (1993), el humor forma parte de los pilares en donde se forja la resiliencia, los cuales plantean que el ser humano debe encontrar la parte cómica ante alguna tragedia; de modo similar el modelo de resiliencia comunitaria de Suarez (1997) plantea el humor social como uno de los pilares para la construcción de la resiliencia comunitaria, referido a la capacidad de algunos grupos para encontrar lo cómico en la tragedia y superar así la adversidad. Al igual que Vanistendal (2004), quien considera el sentido del humor como parte de las aptitudes sociales y personales, para el desarrollo de la resiliencia. Por lo cual si los adolescentes poseen un mayor estilo de humor afiliativo y/o de humor de automejoramiento, tendrán una mayor resiliencia, a través del uso de humor para compartir con los demás como para sentirse mejor, les ayudare para poder superar las adversidades que se les presenten.

También se encontró que existe una relación inversa entre el humor agresivo y la resiliencia, lo que significa que a mayor humor agresivo existe una menor resiliencia, esto debido a que el humor agresivo está relacionado con la disminución de la empatía, el inicio de conflictos, agresiones sociales y satisfacción en no relacionarse con otros Jáuregui, (2008). Y ninguna relación significativa con el humor autodescalificador.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Con respecto a los estilos del sentido del humor, en su mayoría los adolescentes presentan un nivel medio en el humor afiliativo, y un nivel bajo en los estilos, automejoramiento, agresivo y autodescalificador; lo que significa que los adolescentes tienen una mayor tendencia a compartir con los demás, contando chistes e historias para divertir a otros y hacer reír a los demás, disfrutando de la risa con sus compañeros, familiares, amigos, etc.

SEGUNDA: En cuanto a la resiliencia, los adolescentes presentan un nivel alto, seguido de un nivel medio, lo que indica que la mayoría de los adolescentes cuentan con la capacidad de enfrentar situaciones adversas, aprender de ellas y salir fortalecidos.

TERCERA: En cuanto al sexo, no existen diferencias estadísticamente significativas de los estilos en el sentido del humor; ni en la resiliencia, lo que demuestra que tanto mujeres como varones tienen el mismo nivel de resiliencia y de sentido del humor.

CUARTA: Con respecto a los ciclos de estudios si se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la resiliencia y los estilos del sentido del humor, siendo así que los alumnos de VII ciclo tienen una mayor resiliencia que los del VI ciclo; también se encontró que los alumnos de VII ciclo tienen un mayor humor de automejoramiento y autodescalificador que los del VI ciclo; por otro lado, en el humor agresivo los alumnos del VI ciclo son quienes presentan mayores puntajes que los del VII ciclo.

QUINTA: Existe una relación estadísticamente significativa y directa entre el humor afiliativo y el humor de automejoramiento con la resiliencia. Así mismo una relación inversa entre el humor agresivo y la resiliencia. Y ninguna relación significativa con el humor autodescalificador. Lo que indica que a mayor humor afiliativo y de automejoramiento mayor resiliencia, mientras que a mayor humor agresivo menor resiliencia. Quedando comprobada nuestra hipótesis de investigación.

RECOMENDACIONES

1. Promover la investigación del sentido del humor y la resiliencia, en otras áreas de la psicología, con distinta población, para conocer mejor su desarrollo en distintos ámbitos, durante las diferentes etapas de la vida.
2. Se recomienda para futuras investigaciones el uso de otros instrumentos de medida que permitan contrastar los resultados obtenidos con la presente investigación.
3. Profundizar investigaciones con respecto al sentido del humor, debido a que son muy escasas a nivel nacional, para así poder obtener mayor información sobre el tema y realizar comparaciones con otras variables.
4. Desarrollar talleres de promoción del sentido del humor afiliativo y de automejoramiento en los adolescentes, para fortalecer sus relaciones interpersonales y de manera intrapersonal, poseer una mayor percepción humorística de la vida, lo que les beneficiara para poder enfrentar las dificultades y adversidades que se les presenten.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2016). *Psicología de la felicidad*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Arias, M. (2011). Neurología de la risa y del humor: risa y llanto patológicos. *Revista de Neurología*, 53(7), pp. 3. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5307/bg070415.pdf>.
- Arribas, I. (1997). *La literatura de humor en la España democrática*. Madrid: Editorial Pliegos.
- Baldwin, J.M. (1905). *Dictionary of philosophy and psychology*. 4 vols. New York: McMillan.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*,
- Begoña García, L. (2008). Programa para el mejoramiento del humor ¡Por que la vida con buen humor merece la Pena!. Valladolid: Pirámide.
- Bergson, H. (1973) *La Risa*. (Segunda ed.). Madrid: Espasa-Calpe, S.A.
- Campbell-Sills, L., Sharon L., Murray B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Research and therapy* Volume 44, Issue 4, (585–599).
- Capps, D. (2006). The psychological benefits of humor. *Pastoral Psychology*, 54(5), 393-411.
- Carbelo, B. (2005a). *El humor en la relación con el Paciente una guía para los profesionales de la salud*. Barcelona: Masson S.A.

- Carbelo, B. (2005b). Estudio del sentido del humor, análisis del cuestionario y su relación con el estrés. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. España.
- Carbelo, B; Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: Humor positivo. Papeles del Psicólogo. 1 (27). Disponible en: www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1281
- Carrillo, D (2017) Adaptación de la escala del sentido del humor en adolescentes escolares de instituciones educativas públicas en el distrito de Los Olivos.
- Caruana, A. (2010). Aplicaciones Educativas de la psicología Positiva. Valencia: Cefire.
- Castro G. & Morales A. (2013). Clima social familiar y resiliencia en adolescentes de cuarto año de secundaria de una institución educativa estatal en Chiclayo. (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú. Recuperado de: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/331/1/TL_CastroCruzadoGlory_MoralesRoncalAng%C3%A9lica.pdf
- Chapman, A.J. (1996). Humor and Laughter. Theory, research and applications. New Brunswick (USA): Transsaction Publishers.
- Charney, D. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implicationsfor successful adaptation to extreme stress. American Journal of Psychiatry, 161,195–216.
- Coderch, J. (1979). Psiquiatría dinámica. Barcelona: Herder.

- Corcoran, J. y Nichols-Casebolt, A. (2004). Risk and Resilience Ecological Framework for Assessment and Goal Formulation. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(3), 211-235.
- Crescenzo, L. (1987). *Historia de la filosofía griega*. Barcelona: Seix y Barral.
- Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos*. Barcelona. Gedisa.
- Cyrulnik, B. (2005). *Bajo el signo del vínculo. Una historia natural de apego*. Barcelona. Gedisa.
- Cyrulnik, B. (2009). *Autobiografía de un espantapájaros. Testimonios de resiliencia, el retorno a la vida*. Barcelona. Gedisa.
- Czikszentmihalyi, M. (1997). *Fluir. Una Psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.
- D'Anello, S. (2008). Propiedades Psicométricas del Cuestionario de estilos de humor (CUESTIHU): Validación Venezolana. *Avances en Medición*, 3 (111), pp. 1-3-4-5-6-7. Recuperado de http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/5513/8574/6139/Articulo7_Validacin_CUESTIHU_71-84.pdf.
- Davydov, D., Stewart, R., Ritchie, K. y Chadieu, I. (2010). Resilience and Mental Health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479-495.
- Deusto. (1992). *El sentido del humor*. Madrid/Barcelona/Bilbao: Deusto s.a.
- Díaz, F. (2016). *Educación sexual en la familia y su influencia en el embarazo de las adolescentes del centro de salud ampliación Paucarpata - Arequipa, 2015*. Universidad Nacional del Altiplano.

- Dream, C. (2012). El payaso que hay en ti Sé payaso, se tú mismo. Barcelona: Colección Clown Planet .
- Drever, J. (1952). A dictionary of pshychology. Harmondsworth, UK: Penguin.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1989). Practica de la Terapia Racional Emotiva. (E. Cartón, Trad.). Bilbao: Desclee de Brouwer, S.A.
- Eysenck, H.J. (1942). The appreciation of humor: an experimental and theoretical study. *British Journal of Psychology*,32,295-309.
- Erbes, C., Eberly, R., Dikel, T., Johnsen, E., Har- ris, I., y Engdahl, B. (2005).
- Erickson, S. & Feldstein, S. (2007). Adolescent humor and its relationship to coping, defense strategies, psychological distress, and well-being. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 255-271.
- Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? Review of General Psychology,2,300-319.
- Freedman, A.M., Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1997). Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Salvat.
- Freud, S. (1942). El chiste y su relación con el inconsciente. En Obras Completas tomo II. Buenos Aires: Ed. Americana.
- Freyre, E. (1994). La salud del adolescente. Lima. CONCYTEC
- Forés, A y Grané, J. (2008). La resiliencia, crecer desde la adversidad. Barcelona. Plataforma Editorial.
- Forés, A. y Grané, J. (2012).La resiliencia en entornos socioeducativos. Madrid: Narcea.

- Fowler, H.W. (1926). A dictionary of modern English usage. London: Oxford University Press.
- Friborg, D., Barlaug, M., Martinussen, J. y Rosenvinge, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2005, Volume 14, Number I, 29-42
- Gallo, L.C., Bogart, L.M., Vranceanu, A.M.; y Matthews, K.A. (2005). Socioeconomic status, resource, psychological experiences, and emotional responses: A test of the reserve capacity model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 386-399.
- Garanto, J. (1983). *Psicología del Humor claves interpretaciones comprensivas y terapéuticas del malestar en nuestra sociedad*. Barcelona: Editorial Herber.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 31, 416-430.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Garnezy, N., Masten, A. y Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Gilson, E. (1981). *El espíritu de la filosofía Medieval*. Madrid: Rialp.
- Goleman, D. (1998). *La Práctica de la Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós. S.A.
- Grotberg, E.H. (1995). The international resilience project : Research, application, and policy. *Symposium International Stress e Violencia*, Lisbon, Portugal.

- Grotberg, E. (2002). Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Melillo y E. Suarez (comp.). Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Grotberg, E. H. (2006). La resiliencia en el mundo de hoy. Barcelona: Gedisa.
- Henderson, E. (2006). La resiliencia en el mundo de hoy. Madrid: Gedisa.
- Henderson, V. y Milstein, M. (2003). Resiliencia en la escuela. Buenos Aires. Paidós
- Hernández, Fernández y Baptista (2010). Metodología de la Investigación. 5ta ed. México: Interamericana Editores S.A
- Holling, C., Shindler, B., Walker y Roughgarden, J. (1995). Biodiversity in the functioning of ecosystems: An ecological primer and synthesis. En Biodiversity Loss: Ecological and Economic Issues. Cambridge, England. Cambridge University Press
- Huanca, J y Sanchez L. (2018). Resiliencia y proyecto de vida en estudiantes de 3ro a 5to de secundaria de zonas rurales del distrito de majes – Arequipa. Peru
- Hurlock, Elizabeth B.(1970). Psicología en la Adolescencia. 3ª ed. Buenos Aires: Paidós
- Infante, F. (1997). Acciones específicas que los jóvenes y los agentes de salud toman para promover la resiliencia en los primeros. Tesis para postular al título de Psicóloga de la Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.
- Jara, J. (2014). El clown, un navegante de las emociones. España: Octadero - Recursos.

- Jáuregui, E. (2008) Tomarse el humor en serio: aplicaciones positivas de la risa y el humor. En Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada* (Segunda ed.). (pp.284-310). Sevilla: Desclée de Brouwer, S.A.
- Kline, L.W. (1907). The psychology of humor. *American Journal of Psychology*, 18, 421-441.
- Koestler, H. (1964). *The act of creation*. New York: MacMillan.
- Kotliarenco, M. Cáceres I. Fontecilla M. (1997). *Estado de Arte en Resiliencia*. Fundación W. K. Kellogg, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo y CEANIM (Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer). Santiago de Chile, Chile. Organización Panamericana de la Salud.
- Krauskopf, D. (1996). El fomento de la resiliencia durante la adolescencia. *Proniño*, 2 (6).
- Lila, M., Buelga, S. y Musitu, G. (2009). *Las relaciones entre padres e hijos en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Linley, P. A., y Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 385–403.
- Luthar, S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Luthar, S., Sawyer, J. A., y Brown, P. J. (2006). Conceptual issues in studies of resilience. *Annals of the New York Academy of Science*.
- Latta, R.L. (1998). *The Basic Humor Process*. Humor Research. New York: Mouton de Gruyter.

- Lefcourt, H. M. (2002). Humor. Oxford handbook of positive psychology, 45, 619-631
- Manciaux, M. (2003). La resiliencia. Resistir y rehacerse. Barcelona, España: Gedisa.
- Martin, Puhlik-Doris, Larse, Gray y Weir (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire
- Martin, R. (2007). The psychology of humor: An integrative approach. San Diego: Elsevier.
- Martin, R. y Kuiper, N. (2016). Three Decades Investigating Humor and Laughter: An Interview With. Europe's Journal of Psychology, 12(3),pp.2-4-5-6-7-8-9-10. Recuperado de <http://ejop.psychopen.eu/article/view/1119/pdf>.
- Maslow, A. (1991). Motivación y Personalidad. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos S. A.
- Melillo, (2002): “Sobre la necesidad de especificar un nuevo pilar de la resiliencia”, en “Resiliencia y subjetividad - Los ciclos de la vida” (en prensa).
- Melillo, A. y Suarez Ojeda, E.N.(2001). Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas. Barcelona. Paidós.
- Mooney, N.E. (2000). The therapeutic use of humor. Orthopaedic Nursing,19,88-92.
- Ortiz, O. (2007). El Libro de la vida/ Manual de Funciones cerebrales/ Vivamos AMPM. Colombia: VIVAMOS AMPM.
- Panez, R. (2002).Bases teóricas del modelo peruano de resiliencia. En: Por los caminos de la resiliencia. Lima: Panez & Silva Consultores.

- Panish, J. (2002). Life satisfaction in the elderly: The role of sexuality, sense of humor, and health. *Dissertation Abstracts International*, 63(5-B).
- Papalia, D. (2001). *Psicología del Desarrollo*. España: MC Graw Hill.
- Papalia, D., Wndkos, S., y Duskin, R. (2004). *Psicología del Desarrollo De la infancia a la adolescencia* (Undécima ed.). Mexico: McGRAW-hill/interamericana editores, s.a. de c.v.
- Papalia, D. E. et al. (2012). *Desarrollo físico y cognitivo en la adolescencia*. México, D.F, México: Mcgrw-hill Interamericana.
- Papalia,D., Feldman R. y Martorell G. (2012). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.
- Paredes, J., Bernabé, S., González, J. y Oliva, F. (2011). *Inteligencia Emocional: Un enfoque desde la psicología positiva*. Murcia: Colección Gestion por Competencia.
- Piaget, J. y Inhelder, B. (1997). *Psicología del niño*. Madrid, España: Morata, S. L.
- Plenty, S., Bejerotab, S. y Eriksson, K. (2014). Humor Style and Motor Skills: Understanding Vulnerability to Bullying. *Europe's Journal of Psychology*, 10 (3) .pp 1-2-4-5-6. Recuperado de <http://ejop.psychopen.eu/article/view/749/pdf>.
- Portellano, J. (2005). *Introduccion a la neuropsicología*. Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U.
- Puig, G. y Rubio, J.L. (2011). *Manual de resiliencia aplicada*. Barcelona. Gedisa.
- Quezada, J. y Gianino, L. (2015). El Sentido del Humor: Más allá de la risa. *Revista Consensus*, 20 (1),pp 2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14. Recuperado de

http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/consensus/volumen20/Consensus%2020_1/Cap.%209.pdf.

Raskin, V (1985) *Semantic Mechanisms of Humor*, Dordrecht: Reidel

Rice, F. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. 9na Ed. México: Pearson Educación.

Richardson G, Neiger B, Jensen S, Kumpfer K. (1990). The resiliency model. *Health Education* 21:33–39.

Richardson, G. (2002). The metateory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, (3). 307-321.

RAE. (2016). Real Academis Española. Obtenido de <http://www.rae.es/>.

Rodríguez, A. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogía*, 26 (80), 291-302.
Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v26n80/v26n80a14.pdf>

Roeckelein, J.E. (2002). *The Psychology of Humor*. London: Greenwood Press.

Ruch, W. (1998). *The Sense of Humor. Explorations of Personality Characteristic*. New York: Mouton de Gruyter.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatric*, 147, 598-611.

Rutter, M. & Rutter, M. (1992). *Developing Minds: Challenge and Continuity across the Life Span*. Londres: Penguin Books.

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.

- Sabater, V. (04 de Marzo del 2018) “Inteligencia y sentido del humor: la risa como creatividad del ser” {Mensaje en un Blog} La Mente es Maravillosa
<https://lamenteesmaravillosa.com/inteligencia-y-sentido-del-humor/>
- Sarshar Cueva, G. (2017): “Estilos de humor y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH.” Lima –Perú. Pontificia Universidad Católica del Perú. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica.
- Schopenhauer, A (1987). El mundo como voluntad y representación. Introducción de E. Friedrich Sauer. México: Editorial Porrúa
- Seligman, M. (2011). La Auténtica Felicidad. Barcelona: Zeta Bolsillo.
- Silva, R. (2012). Resiliencia en estudiantes del v ciclo de educación primaria de una institución educativa del callao. Lima
- Sirigattia, S., Llaría, P., Enrichetta, G. y Cristina, S. (2014). The Humor Styles Questionnaire in Italy: Psychometric Properties and Relationships With Psychological Well-Being. Europe's Journal of Psychology, 10(3) pp. 1-4-5-7-8--9-10-11-13. Recuperado de <http://ejop.psychopen.eu/article/view/682/pdf>.
- Skinner. (1971). Ciencia y Conducta humana (Una psicología científica) (2 ed.). (M. Gallofré, Trad.) Barcelona: EDITORIAL FONTANELLA, S.A.
- Sobstad, Norway (1995). Child resilience and religion in relation to humour theory and practice. International Catholic Child Bureau; Ginebra, Suiza.
- Strachey, J. y Freud, A. (1991). Sigmund Freud Obras completas (Vol. 8). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores S.A.

- Suárez Ojeda, E.N. (1997). Perfil del niño resiliente. Trabajo presentado en el Seminario Internacional sobre Aplicación del Concepto de Resiliencia en Proyectos Sociales, Universidad Nacional de Lanús. (Argentina), fundación Bernard Van Leer.
- Sully, J. (1902). Essay on laughter. New York: Longmans, Green.
- Tugade, M. y Fredrickson, B. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333.
- UNICEF, (2017). Para cada adolescente una oportunidad. Argentina.
- Vanistendael, S. (1994). La resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado. BICE. Oficina Internacional Católica de la Infancia, Ginebra.
- Vanistendael, S. (1996). Cómo crecer superando los percances: Resiliencia. BICE, Oficina Internacional Católica de la Infancia, Ginebra.
- Vanistendael, S. (2004). Humor y resiliencia: la sonrisa que da la vida. En B. Cyrulnik y cols. *El realismo de la esperanza*. Barcelona: Gedisa.
- Vanistendael, S., Gaberan, P., Humbeeck, B., Lecomte, j., Manil, P. y Rouyer, M. (2013). *Resiliencia y Humor*. España: Gedisa.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Madrid, España: Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- Vera, B; Carbelo, B; Vecina, M.L. (2006). La experiencia traumática desde la Psicología Positiva. Resiliencia y Crecimiento Postraumático. *Papeles del psicólogo*. Enero-Abril, año/vol 27, nº, 40-49.

- Villalba, C. (2004). El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la Intervención social. *Intervención Psicosocial*, 12, 283-289.
- Walsh (2004). La resiliencia familiar: estrategias para su fortalecimiento. Buenos Aires. Amorrortu.
- Waller, M. (2001). Resilience in Ecosystemic Context: Evolution of the Concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 290-297.
- Wolin, S. y Wolin S. (1993). *The Resilient Self: How Survivors of Troubled Families Rise Above Adversity*. New York. Villard Books.

ANEXOS

Escala del Sentido del Humor

(Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray y Weir, 2003)

(Adaptación Carrillo, 2017)

Nombre: _____ Edad: ____ Sexo: (F) (M)

Institución Educativa: _____

Grado y sección: _____ Fecha de evaluación: _____

En esta escala del **Sentido del Humor** deberás responder las afirmaciones teniendo en cuenta **cómo te sientes, como piensas es decir cómo es eres comúnmente**. Coloca un número correspondiente a cada afirmación de acuerdo a la siguiente lista:

1. Totalmente diferente a mí.

2. Bastante diferente a mí.

3. Algo diferente a mí.

4. Ni diferente ni parecido a mí.

5. Algo parecido a mí.

6. Bastante parecido a mí.

7. Totalmente igual a mí.

Nº	ITEMS	1	2	3	4	5	6	7
1	Generalmente no me río o bromeo mucho con otras personas							
2	Si me siento deprimido, usualmente puedo levantarme el ánimo con humor.							
3	Dejo que las personas se diviertan o se rían de mí más de lo que deberían.							
4	No tengo que esforzarme mucho para hacer reír a los demás. Me veo como una persona naturalmente graciosa.							
5	Aunque esté solo, suelo divertirme con cosas absurdas o tontas de la vida							
6	La gente nunca se ofende o se siente lastimada por mi sentido del humor.							
7	Llegaré a humillarme, si eso hace que mi familia o							

	amigos se rían.							
8	Raramente hago reír a otras personas contando historias graciosas sobre mí.							
9	Si me siento molesto o triste, usualmente trato de pensar en algo gracioso sobre la situación para sentirme mejor.							
10	Cuando digo chistes o cosas divertidas, usualmente no me preocupa cómo lo toma la gente.							
11	A menudo cuando trato de que me acepten o agradar a las personas, es cuando más digo algo divertido sobre mis debilidades, errores, o faltas.							
12	Me río y bromeo mucho con mis amigos.							
13	Mi visión humorística de la vida me protege del excesivo malestar o desánimo de las cosas.							
14	No me gusta cuando la gente utiliza el humor para criticar o disminuir a alguien.							
15	Generalmente no me gusta contar chistes o divertir a las personas							
16	Si me encuentro solo y me siento triste, hago un esfuerzo para animarme pensando en algo gracioso.							
17	A menudo soy el primero en disminuirme cuando estoy contando chiste o tratando de ser gracioso.							
18	Disfruto haciendo reír a la gente.							
19	Nunca participo cuando se ríen de otros, incluso si todos mis amigos lo están haciendo.							
20	Cuando estoy con amigos o familia, a menudo me veo como el único al que le hacen bromas o chistes.							
21	Generalmente no bromeo con mis amigos							
22	Mi experiencia me dice que, pensar las cosas graciosas de una situación es, a menudo, una manera muy efectiva de afrontar los problemas.							
23	Si estoy teniendo problemas o no me siento feliz, a menudo lo tapo o lo escondo bromeando, de modo							

	que mis amigos o compañeros no sepan cómo me siento realmente.							
24	Generalmente no puedo pensar y decir cosas graciosas cuando estoy con otras personas							
25	No necesito estar con otras personas para divertirme. Usualmente puedo encontrar cosas para reírme aunque este solo							
26	SI alguien pudiera llegar a ofenderse, trataré de no reírme o bromear sobre eso. Aunque sea algo muy gracioso para mí.							
27	Dejar que los demás se rían de mí, es mi manera de mantener a mis amigos y familiares de buen humor							

Gracias por su participación

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG

Nombre: _____ Edad: ____ Sexo: (F) (M)

Institución Educativa: _____

Grado y sección: _____ Fecha de evaluación: _____

Marca con una aspa (x) en la respuesta que consideres la correcta

ITEMS	EN DESACUERDO → DE ACUERDO						
	1	2	3	4	5	6	7
1.- Cuando planeo algo lo realizo.							
2.- Generalmente me las arreglo de una manera u otra.							
3.- Dependo más de mí mismo que de otras personas.							
4.- Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.							
5.- Puedo estar solo si tengo que hacerlo.							
6.- Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.							
7.- Usualmente veo las cosas a largo plazo.							
8.- Soy amigo de mí mismo.							
9.- Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.							
10.- Soy decidido (a)							
11.- Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.							
12.- Tomo las cosas una por una.							
13.- Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.							
14.- Tengo autodisciplina.							

15.- Me mantengo interesado en las cosas.							
16.- Por lo general, encuentro algo de qué reírme.							
17.- El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.							
18.- En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.							
19.- Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.							
20.- Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera.							
21.- Mi vida tiene significado.							
22.- No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.							
23.- Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.							
24.- Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.							
25.- Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.							

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Investigadores: Andre Itamar Ñahuin Capcha y Karen Michell Rojo Choque

Título: Sentido del Humor y Resiliencia en adolescentes

Ante usted nos dirigimos para que nos conceda desarrollar la investigación con motivo a obtener el grado profesional de Psicólogos.

Propósito del Estudio: Determinar la relación entre el Sentido del Humor y la resiliencia en adolescentes.

Procedimientos:

Si usted acepta desarrollar este estudio se llevarán a cabo lo siguiente:

1. Se aplicaran dos pruebas psicométricas a los alumnos de secundaria.
 - Cuestionario de Estilos de Humor de R. Martin (HSQ).
 - Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER)

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

Beneficios: Se les brindara un taller sobre el Sentido del Humor y Resiliencia, además de los resultados estadísticos, así como las sugerencias pertinentes que se obtengan de la investigación realizada.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos toda la información. Si los resultados de esta investigación 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: Cualquier alcance o consulta puede comunicarse con nosotros a los siguientes correos y celulares: itamarnahuin@gmail.com (997428639) y karen_aqp_13@hotmail.com (986866796)

CONSENTIMIENTO

Acepto la participación de los alumnos de secundaria en este estudio, también entiendo que puedo decidir a que ~~ya no~~ se participe y cancelar el estudio en cualquier momento.



Firma del Director GUE Mariano Melgar
Prof. Edgar Cortez Vargas

CASOS

EDUCATIVO Y CLÍNICO

ÍNDICE DE CASOS

CASOS

EDUCATIVO Y CLÍNICO

CASO EDUCATIVO

ANAMNESIS	4
EXAMEN MENTAL	14
INFORME PSICOMÉTRICO	18
INFORME PSICOPEDAGÓGICO	24
PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICO	30

CASO CLÍNICO

ANAMNESIS	49
EXAMEN MENTAL	63
INFORME PSICOMÉTRICO	69
INFORME PSICOLÓGICO	76
PLAN PSICOTERAPÉUTICO	84

CASO EDUCATIVO

ANAMNESIS

I. DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	: C. D. B. Q.
Sexo	: Masculino
Edad	: 12 años
Fecha de nacimiento	: 23-01-2005
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Lugar de procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Estudiante de secundaria
Grado de instrucción	: 1° de Secundaria
Religión	: Católico
Informante	: El alumno, sus padres y docente del colegio.
Lugar de entrevista	: Institución Educativa
Fecha de entrevista	: 02 y 09 de Junio de 2017
Nombre del entrevistador	: André Itamar Ñahuin Capcha

II. MOTIVO DE CONSULTA:

El menor es derivado por la tutora a consulta psicológica, refiriendo que el alumno “presenta una conducta agresiva (empujando y pateando) hacia sus compañeros; inquietud motora, debido a que no está quieto en su sitio, parándose y moviéndose continuamente por el salón y además de no realizar las indicaciones que le dan algunos profesores. Ocasionando que sea reprendido por los profesores y auxiliar”.

III. PROBLEMA ACTUAL:

El alumno, actualmente cursa el primer año de secundaria y desde el inicio del año escolar tuvo dificultades para relacionarse con sus compañeros debido a que cuando le molestan o le hacen una bromea que no le agrada se enfurece y contesta de forma agresiva, pateándoles o empujándoles, más aún cuando se forman en grupos debido a que algunos compañeros lo aíslan o no lo incluyen en un grupo.

La profesora del menor refiere que durante el desarrollo de clases, no es común que esté sentado en su sitio por un tiempo prolongado, habla constantemente con sus compañeros y les hace bromas, haciéndoles asustar o se pone a observar lo que están haciendo, si aquello es algo nuevo o que trajeron al salón. Se distrae fácilmente con cualquier ruido, volteando a mirar, por lo que deja de continuar con sus actividades escolares, no prestando atención a los detalles de sus tareas. Por momentos, no quiere desarrollar las actividades que le indican los profesores o interrumpe la clase con alguna pregunta. Ha habido ocasiones en las que se ha quedado dormido en clases, echándose sobre la carpeta o el piso y cuando se le pregunta manifiesta “tengo sueño, quiero dormir un rato” a lo que los profesores no le insisten y lo dejan, no transcurre más de 20 minutos y después se dispone a realizar las actividades. Pide permiso al baño ocasionalmente y cuando sale de clase, se demora en retornar debido a que se distrae con algo que observa o jugando con un compañero.

IV. HISTORIA PERSONAL

A) Etapa Pre Natal

La madre se enteró que estaba embarazada en un control que se hizo debido a que presentaba náuseas y sentía mal del estómago, al enterarse se sintió alegre, comunicándole inmediatamente a su esposo quien se encontraba en

aquel momento fuera de la ciudad por motivos de trabajo y desde su conocimiento se realizó sus controles sin ningún tipo de complicaciones. El embarazo duró 9 meses; ambos padres esperaban con mucha felicidad al menor, más aún el padre debido a que era su primer hijo varón. El embarazo se llevó con total normalidad; el padre del menor manifiesta que la única dificultad que tuvieron, era su ausencia debido a su trabajo, lo que le impedía estar al lado de su esposa, ya que solo venía a la ciudad quedándose solo 15 días al mes, pero mantenía una continua comunicación con su esposa para saber cómo estaba.

B) Etapa Natal

El menor nació en un Hospital de la localidad por parto natural durante la mañana, durante la labor de parto no hubo ninguna complicación, naciendo en posición cefálica.

C) Etapa Post Natal

La madre manifiesta que su hijo, respiró con normalidad, llorando al nacer, presentando un color azulado adecuado y con peso aproximado de 4.100 kg.

D) Desarrollo Neuromuscular

La madre recuerda que el menor irguió la cabeza a los tres meses, se sentó y gateó antes de caminar, dando sus primeros pasos al año; el padre manifiesta que desde pequeño el menor era muy inquieto para su edad, que al comenzar a caminar se desplazaba rápidamente de un lugar a otro.

E) Desarrollo del Lenguaje

Balbuceó al año; imitaba los sonidos que hacían otras personas y al año con tres meses expresó su primera palabra, que fue “mamá”, no presentó dificultades para pronunciar las palabras. Cuando se le da órdenes, no las

realiza inmediatamente por lo que tienen que levantarle la voz o repetirle para que haga caso.

F) Formación de Hábitos

- **Alimenticios**

La lactancia materna duro hasta el año y medio, debido a que la madre estaba embarazada de su última hija, el destete fue sin complicaciones, uso biberón alimentándole con leche envasada; a los 9 meses le salieron sus primeros dientes, por lo cual la madre le comenzó a dar papillas; siempre demostrando buen apetito.

- **Higiénicos**

El estudiante utilizó pañales hasta el año; aprendió a controlar el esfínter vesical al año y medio, y el esfínter anal poco tiempo después, ya que era su madre quien se encargaba de enseñarle; el menor se empezó a cambiar de ropa solo a la edad de los seis años, siendo la madre quien lo estimulaba.

- **Sueño**

Desde pequeño, el estudiante se levantaba temprano y poseía un sueño adecuado, normalmente duerme ocho horas, actualmente a veces le cuesta poder dormir o conciliar el sueño, quedándose despierto hasta las 10 o 11 de la noche; algunos días duerme mucho más temprano a las 6 de la tarde, quedándose dormido hasta el día siguiente, no necesita de la luz prendida para poder dormir y posee su propio cuarto en donde tiene sus propias cosas.

- **Independencia y juego**

El menor, puede realizar mandados, pero protesta, sabe hacer compras y puede desplazarse solo a algún lugar alejado; le gusta jugar fútbol con sus amigos y casi nunca juega solo, además de gustarle ver películas; también utiliza la computadora para jugar o entrar al Facebook para conversar con amigos.

G) Etapa escolar

El menor asistió al mismo jardín a los 4 y 5 años, al inicio del año cuando ingresaba a su aula había ocasiones en las que se resistía a quedarse por lo que los padres o la profesora le compraban algo para que se quedara o lo engañaban diciéndole que se iban a quedar afuera; durante este ciclo mostraba un comportamiento de constante inquietud motora, peleas con sus compañeros y falta de atención en el desarrollo de las clases. Ingreso a primer grado a la edad de seis años, mostrando un buen rendimiento, aprendiendo sin dificultad a leer y escribir, así como un buen desarrollo en las distintas materias, pero en ocasiones los padres eran citados por el profesor o profesora del año en que cursaba para manifestarles los continuos problemas que tenía con sus compañeros y por su continua inquietud motora dentro del salón. Frente a ello los padres manifiestan que estaban cansados de las quejas y lo único que atinaban a hacer era llamarle la atención o castigarlo. El menor actualmente está cursando el primero de secundaria, al estudiante le agradan los cursos de Ciencia, Tecnología y Ambiente y Computo, sin embargo los cursos donde manifiesta desagrado son los de Formación Cívica y Persona y Familia, además del curso de Comunicación que le es difícil porque tiene que escribir mucho y copiar del libro, la tutora a cargo manifiesta que recibe

continuas quejas del estudiante entre 3 a 4 veces por semana por parte de los profesores del salón, manifestando que es muy inquieto, no permaneciendo sentado en su asiento acercándose a molestar a sus compañeros, interrumpiendo las actividades en clase sin prestar atención, motivo por el cual recibe continuas llamadas de atención de los docentes y auxiliares.

H) Sexualidad

A la edad de tres años empezó a diferenciar el sexo masculino del femenino, identificándose con su respectivo sexo.

I) Enfermedades y accidentes

El alumno no presentó ninguna enfermedad grave por la cual no ha recurrido a emergencia o necesitado de intervención quirúrgica.

J) Personalidad Premórbida

Cuando comenzó a caminar a la edad al año y medio, era demasiado inquieto no se quedaba en un solo lugar por mucho tiempo o sentado, a veces solía hacer berrinches tirándose al piso y gritando, cuando no obtenía lo que quería. Cuando entró a inicial de 4 años comenzó a mostrar mayor inquietud motora, no obedecía las órdenes y le gustaba jugar con sus compañeros, juegos que implicaban fuerza, donde mostraba tener mucha energía, inquietud e impulsividad; sus compañeros dejaban de jugar con él debido a que les pegaba, no respetando las normas y siendo castigado por la profesora.

A la edad de 5 años, la madre lo lleva a consulta psicológica por recomendación de la maestra, debido a que el menor no prestaba atención y era muy inquieto, al igual que en el hogar; es en ese tiempo donde la psicóloga del Centro de Salud le manifiesta a la madre que el menor tiene “Hiperactividad”, posteriormente el menor llevo un par de sesiones

psicológicas, con la psicóloga, no continuando debido a que la psicóloga dejó de laborar en el Centro de Salud y los padres no pudieron solicitar una nueva atención psicológica.

A partir de los seis años, durante la primaria siguió mostrando una continua inquietud motora en el aula e impulsividad cuando jugaba con sus compañeros; cuando cursaba el sexto grado de primaria, tuvo problemas con un grupo de compañeros que lo molestaban y le pegaban, por lo cual también reaccionaba y les respondía, hubo una ocasión que se puso a llorar de cólera porque ya le habían advertido que no vuelva a reaccionar golpeando.

El menor actualmente recibe atención psicológica en una Universidad a donde asiste una vez a la semana, para llevar sesiones psicológicas; esto debido a la insistencia de la tutora hacia los padres, ya que desde el inicio de año se presentaron distintos incidentes (agresiones, insultos) con sus compañeros; cabe señalar que recientemente el departamento de psicología de la institución educativa, cuenta con personal que está atendiendo los casos que son derivados por los docentes,

V. HISTORIA FAMILIAR:

A) Composición Familiar

El estudiante vive en casa con su madre de 45 años, su padre de 48 años, y dos de sus hermanas siendo el tercero de cuatro hijos.

La madre del menor; tiene secundaria completa, actualmente se dedica a la venta de comida y la atención del hogar; por otra parte, el padre también culminó su secundaria y actualmente es taxista. Los padres están casados por civil y religioso. Su hermana mayor ya terminó la secundaria y su hermana menor estudia actualmente en el mismo colegio.

B) Dinámica Familiar

Durante la semana, de lunes a viernes, el menor realiza distintas actividades como hacer sus tareas, jugar y ver la televisión. No tiene control continuo dentro de la casa, ni deberes que realizar, debido a que los padres pasan la mayor parte del tiempo fuera de la casa retornando por la noche.

Al estudiante le cuesta obedecer las órdenes que le dan, en ocasiones el padre ha tenido que levantar la voz o hacer el ademán (de castigo físico, al levantar la mano), sin embargo, hubo ocasiones en las que el papá reconoce que si le ha castigado a correazos.

La familia no suele pasar tiempo de recreación fuera del hogar, la mayor parte de los fines de semana paran en casa juntos, en donde suelen hacer la limpieza del hogar y cocinar, en ocasiones ven la televisión.

VI. HISTORIA SOCIO – ECONÓMICA

La vivienda familiar es de material noble, cuenta con los servicios básicos de agua, luz y desagüe, además de contar con acceso a internet y tv cable. Su padre cuenta con un ingreso promedio del trabajo de taxista y la madre trabaja en venta de comidas y a la vez dedicándose a los quehaceres del hogar.

VII. RESUMEN

Cuando la madre del alumno se enteró que estaba embarazada, se sintió muy alegre, al igual que su esposo, debido a que iba ser el primer hijo varón. Durante el embarazo, la madre no tuvo mayores complicaciones, ni en el momento del parto.

El menor presento un desarrollo neuromuscular normal, el padre manifiesta que, cuando el menor comenzó a caminar, era muy inquieto para su edad. Su lenguaje se desarrolló con normalidad no presentando dificultades en la pronunciación,

pero comprende las órdenes solo cuando le levantan la voz o le gritan. En cuanto a la alimentación, el menor demostró tener un buen apetito hasta la actualidad y el control de esfínteres dentro de la edad adecuada. Actualmente tiene problemas para poder conciliar el sueño quedándose despierto hasta las 10 o 11 de la noche. El menor puede realizar mandados, pero protesta al hacerlos, lo que más le gusta jugar es fútbol con sus amigos y casi nunca juega solo.

El menor asistió al mismo jardín a los 4 y 5 años, al inicio del año cuando entraba al jardín había ocasiones en las que se resistía a quedarse por lo que los padres o la profesora le compraba algo para que se quedara o le engañaban diciéndole que se iban a quedar afuera; durante este ciclo mostraba un comportamiento de constante inquietud motora, peleas con sus compañeros y falta de atención en el desarrollo de las clases. Por lo cual a la edad de 5 años la madre lo lleva a consulta psicológica por recomendación de la maestra, debido a que el menor no prestaba atención y era muy inquieto, al igual que en el hogar, es en ese tiempo donde la psicóloga del Centro de Salud le manifiesta a la madre que el menor tiene “Hiperactividad”, posteriormente el menor llevo un par de sesiones psicológicas, no continuando debido a que la psicóloga dejo de laborar en el Centro de Salud y los padres no pudieron solicitar una nueva atención psicológica. Cuando estaba en sexto grado de primaria, tenía problemas con un grupo de compañeros que lo molestaban y le pegaban, por lo cual también reaccionaba y les respondía, hubo una ocasión que se puso a llorar de cólera porque ya le habían advertido que no vuelva a reaccionar golpeando. Frente a las continuas quejas los padres manifiestan que a lo único que atinaban a hacer era llamarle la atención o castigarlo.

El menor actualmente está cursando el primero de secundaria, la tutora a cargo manifiesta que recibe continuas quejas del estudiante entre 3 a 4 veces por semana por parte de los profesores del salón, manifestando que es muy inquieto, no permaneciendo sentado en su asiento, acercándose a molestar a sus compañeros, interrumpiendo las actividades en clase sin prestar atención, motivo por el cual recibe continuas llamadas de atención de los docentes y auxiliares.

El menor actualmente recibe atención psicológica en una Universidad donde asiste una vez a la semana, para llevar sesiones psicológicas; esto debido a la insistencia de la tutora hacia los padres, ya que desde el inicio de año se presentaron distintos incidentes (agresiones e insultos) con sus compañeros.

André Itamar Ñahuin Capcha
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS GENERALES

Nombres y apellidos	: C. D. B. Q.
Sexo	: Masculino
Edad	: 12 años
Fecha de nacimiento	: 23-01-2005
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Lugar de procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Estudiante de secundaria
Grado de instrucción	: 1° de Secundaria
Religión	: Católico
Informante	: El alumno.
Lugar de entrevista	: Institución Educativa
Fecha de entrevista	: 16 de Junio de 2017
Nombre del entrevistador	: André Itamar Ñahuin Capcha

II. EVALUACIÓN

1. Actitud, porte y comportamiento

La edad que aparenta el estudiante es la adecuada; su vestimenta está un tanto desordenada y su rostro denota ansiedad; su tono de voz es fuerte y claro, su postura es encorvada y está continuamente agarrando algún objeto que se encuentra en la mesa; por momentos se balancea en la silla, demuestra confianza para hablar siendo muy comunicativo y colaborador.

2. Conciencia, atención y orientación

Tiene un buen grado de conciencia sobre su comportamiento y los problemas que produce y posee una adecuada atención en la realización de las actividades, sin embargo, cuando se le hablaba o se la daba las indicaciones no se quedaba quieto, movía sus pies o sostenía en la mano algún objeto de la mesa como lápiz borrador o el seguro de un folder que se tenía. Existe ocasiones en las que pide permiso al baño y cuando sale de clase, se demora en retornar debido a que se distrae con algo que observa o jugando con un compañero.

Posee una adecuada orientación en general; en tiempo, lugar y espacio.

3. Lenguaje

La velocidad de su lenguaje es acelerada y durante la entrevista tiende a explayarse ante alguna pregunta que se le hace, mostrando una buena fluidez verbal.

Es bastante expresivo y posee una buena comprensión, debido a que solo era necesario darle una sola indicación para realizar alguna actividad.

4. Pensamiento

Presenta un curso y contenido del pensamiento adecuado, construyendo y elaborando las ideas que manifiesta. No comprende porque se siente inquieto, por lo cual molesta a sus compañeros, haciéndoles asustar o reaccionando agresivamente hacia los demás (con patadas o empujones), sin poder controlarse

5. Percepción

No presenta distorsión de la percepción, ni alucinaciones o ilusiones. Por lo cual tiene una adecuada percepción de la realidad

6. Memoria

Posee una buena memoria corto plazo, debido a que recuerda palabras que se le mencionaron después de un breve tiempo; una buena memoria de mediano plazo debido a que recuerda los últimos sucesos de tres meses antes, la memoria remota es adecuada debido a que recuerda hechos que le sucedieron el año pasado, así como cuando era pequeño.

7. Funciones intelectuales

Posee capacidad para razonar y emitir juicios, así como realiza las actividades que se le indica sin mayor dificultad, presentando una adecuada comprensión y buen razonamiento en el cálculo.

8. Estado de ánimo y Afectos

Existe concordancia con lo que dice y siente, su expresión facial manifiesta que se encuentra bien y que en ocasiones manifiesta que no puede controlar la ira que siente cuando le molesta, por lo cual reacciona golpeando, pateando, empujando, mordiendo o queriendo ahorcar.

9. Comprensión y Grado de incapacidad del problema o la enfermedad

Manifiesta que se ha dado cuenta de que no puede estar quieto y que en continuas ocasiones no sabe porque se para y molesta a sus compañeros, sabe también que no es correcto cómo reacciona impulsivamente hacia sus

compañeros, al igual que no sabe cómo poder controlarse, trata de tranquilizarse en ese momento, pero no puede lograrlo, terminando por agredir.

III. RESUMEN

Durante la evaluación el menor, estaba continuamente inquieto, agarrando los objetos que se encontraban en la mesa o moviendo sus pies. No comprende porque no puede estar quieto, ni porque siente la necesidad de pararse, molestando a sus compañeros asustándolos o respondiendo agresivamente (con patadas, empujones, mordiendo o queriendo ahorcar), sabe que no son correctas sus reacciones, pero no sabe cómo controlarse, por lo cual desea cambiar para que sus compañeros lo acepten y sus profesores no manifiesten más quejas de él.

André Itamar Ñahuin Capcha
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: C. D. B. Q.
Sexo	: Masculino
Edad	: 12 años
Fecha de nacimiento	: 23-01-2005
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Lugar de procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Estudiante de secundaria
Grado de instrucción	: 1° de Secundaria
Religión	: Católico
Lugar de entrevista	: Institución Educativa
Fechas de evaluación	: 23, 28 y 30 Junio de 2017
Nombre del entrevistador	: André Itamar Ñahuin Capcha

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

El propósito de la evaluación es obtener el diagnóstico preciso que corrobore la continua desatención y movimiento motor excesivo, así como la impulsividad al responder agresivamente a sus compañeros

III. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

Durante el desarrollo de las pruebas, cuando se le hablaba al estudiante o se la daba las indicaciones no se quedaba quieto, movía sus pies, además de tener la necesidad de sostener algún objeto con la mano como el lápiz, borrador o el seguro de un folder que se tenía sobre la mesa.

Pese a ello durante las pruebas demostró una actitud colaboradora, siguiendo las indicaciones establecidas al principio de cada prueba, culminando las pruebas con rapidez, muy pocas veces dudaba de sus respuestas por lo cual casi no preguntaba sobre el desarrollo de las pruebas. Lo que menos le gustaba era dibujar por lo que en el dibujo de la persona bajo la lluvia, mostro cierta desesperación manifestando “no se dibujar”, al no salirle el dibujo como él deseaba.

IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Prueba de Inteligencia no Verbal (TONI 2)
- Escalas para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH)
- Escala de Adaptaciones Magallanes
- Aplicación del test proyectivo La Persona Bajo la Lluvia.

V. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

1. Prueba de Inteligencia no Verbal -Thony 2

a) Análisis Cuantitativo

Puntaje obtenido	35
Cociente Intelectual	122
Rango Percentil	93

b) Análisis Cualitativo

El alumno, obtuvo un cociente intelectual de 122, resultado que denota una inteligencia Superior, lo que indica que tiene habilidades potencialmente favorables.

2. Escalas para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH)

a) Análisis cuantitativo:

ITEMS	Puntaje Bruto	Centil	Categoría
Hiperactividad/Impulsividad	14	100	Riesgo elevado
Déficit de Atención	9	80	Sin Riesgo
H/I + DA	23	98	Riesgo elevado
Trastornos de Conducta	24	98	Riesgo elevado

b) Análisis Cualitativo

- Hiperactividad/Impulsividad; el estudiante tiene una excesiva inquietud motora se mueve constantemente por la clase, molesta frecuentemente a sus compañeros, los distrae, es intranquilo e impulsivo.
- Déficit de Atención; se distrae fácilmente, es común que no termine las tareas que empieza, esto quiere decir que es inconstante en las actividades que realiza.
- Trastornos de Conducta; al momento de trabajar en grupo tiene algunos problemas, porque no llega a acuerdos con sus compañeros, sus pares no muestran mucho agrado hacia él por ello a veces discute

y pelea en la clase, le cuesta aceptar las indicaciones del profesor, pero termina accediendo.

3. Escala de Adaptaciones Magallanes

a) Análisis Cuantitativo

ESCALAS		P.D.	P.C.	NIVEL
Ámbito Familiar	Adaptación al Padre	57	15	Bajo
	Adaptación a la Madre	64	45	Medio
Ámbito Escolar	Adaptación a los profesores	37	45	Medio
	Adaptación a los compañeros	23	15	Bajo
	Adaptación Genérica al Centro Educativo	15	15	Bajo
Ámbito Personal	Adaptación Personal	28	5	Muy Bajo

b) Análisis Cualitativo

Con respecto al área familiar, el alumno, posee una baja adaptación con su padre, debido a que su padre recién está más constante con él desde los últimos tres años y a también debido a que su padre es quien mayormente lo molesta o lo castiga cuando ocurre algún problema o queja de sobre de él; a diferencia de su madre, con quien posee una regular adaptación debido a que ahora ella ya no para continuamente con él, pero es a quien más le tiene confianza.

Con respecto al área escolar; el alumno posee una regular adaptación y ajuste con sus profesores esto se puede deber a que se siente seguro con ellos, debido a que ellos están al pendiente de él en su comportamiento

en clases; con respecto a sus compañeros posee una baja adaptación con ellos, esto se puede deber a que muchas veces no es aceptado por el grupo, debido a que los molesta y no quieren tener problemas con él y respecto a la adaptación general muestra un nivel bajo, esto se evidencia con los continuos comportamientos habituales de falta de respeto e incumplimiento de las normas escolares.

Finalmente, en el área de adaptación personal obtuvo un nivel muy bajo, esto es un indicador de que el menor, probablemente, posea un mal autoconcepto, baja asertividad y escasa autoestima, lo que puede generar ansiedad, estrés o depresión. Esto se debe a las continuas quejas que tienen de él tanto compañeros como profesores. Lo que ya se ha evidenciado en ocasiones en las que se siente tan frustrado que se pone a llorar de impotencia.

4. Test proyectivo de la Persona Bajo la Lluvia

a) Análisis cualitativo:

Según el análisis de la prueba, el menor está sintiendo mucha presión, esto por parte de profesores y sus padres que continuamente lo tienen en observación y a la expectativa de lo que hace, produciéndole ansiedad y tensión, lo cual hace que le resulte difícil poder planificar sus tareas y ejecutarlas. La presión por parte de sus compañeros, quienes continuamente también lo molestan y no lo aceptan, ha provocado que actúe impulsivamente sin medir las consecuencias de sus actos, debido a que tiene una baja tolerancia a la frustración que le impide controlarse. El alumno evidencia agilidad y excitabilidad tal es así que en actividades en las que se requiera movimiento y desplazamiento las ejecuta bien,

además de ser un chico colaborador que no dudará en apoyar en alguna actividad que se realice.

VI. RESUMEN

Carlos. posee una inteligencia superior, lo que indica que tiene habilidades potencialmente favorables para el estudio; muestra ser activo y colaborador además de tener una inquietud motora no adecuada para su edad, que impide que puede realizar sus actividades con normalidad, además de tener una baja tolerancia a la frustración por lo cual actúa impulsivamente cuando se siente incómodo o molesto. Esto ha provocado que no sea aceptado por sus compañeros, provocando que él se sienta impotente e incapaz de poder controlarse, además de sentirse excluido por ellos.

André Itamar Ñahuin Capcha
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOPEDAGÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: C. D. B. Q.
Sexo	: Masculino
Edad	: 12 años
Fecha de nacimiento	: 23-01-2005
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Lugar de procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Estudiante de secundaria
Grado de instrucción	: 1° de Secundaria
Religión	: Católico
Informante	: El estudiante, el padre y madre de familia.
Lugar de entrevista	: Institución Educativa
Fecha de entrevista	: 02, 09, 16, 23,28 y 30 de Junio de 2017
Nombre del entrevistador	: André Itamar Ñahuin Capcha

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

El menor es derivado por la tutora a consulta psicológica, refiriendo que el alumno “presenta una conducta agresiva (empujando y pateando) hacia sus compañeros; inquietud motora, debido a que no está quieto en su sitio, parándose y moviéndose continuamente por el salón y además de no realizar las indicaciones que le dan algunos profesores. Ocasionando que sea reprendido por los profesores y auxiliar”.

III. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Prueba de Inteligencia no Verbal (TONI 2)
- Escalas para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH)
- Escala de Adaptaciones Magallanes
- Aplicación del test proyectivo La Persona Bajo la Lluvia

IV. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA DURANTE LA EVALUACIÓN

Durante el desarrollo de las pruebas, cuando se le hablaba al estudiante o se le daba las indicaciones no se quedaba quieto, movía sus pies, además de tener la necesidad de sostener algún objeto con la mano como el lápiz, borrador o el seguro de un folder que se tenía sobre la mesa.

Pese a ello durante las pruebas demostró una actitud colaboradora, siguiendo las indicaciones establecidas al principio de cada prueba, culminando las pruebas con rapidez, muy pocas veces dudaba de sus respuestas por lo cual casi no preguntaba sobre el desarrollo de las pruebas. Lo que menos le gustaba era dibujar por lo que en el dibujo de la persona bajo la lluvia, mostro cierta desesperación manifestando “no se dibujar”, al no salirle el dibujo como él deseaba.

V. COMPORTAMIENTO EN EL AULA

La profesora del menor refiere que durante el desarrollo de clases, no es común que esté sentado en su sitio por un tiempo prolongado, habla constantemente con sus compañeros y les hace bromas, haciéndoles asustar o se pone a observar lo que están haciendo, si aquello es algo nuevo o que trajeron al salón. Se distrae

fácilmente con cualquier ruido, volteando a mirar, por lo que deja de continuar con sus actividades escolares, no prestando atención a los detalles de sus tareas. Por momentos, no quiere desarrollar las actividades que le indican los profesores o interrumpe la clase con alguna pregunta. Ha habido ocasiones en las que se ha quedado dormido en clases, echándose sobre la carpeta o el piso y cuando se le pregunta manifiesta “tengo sueño, quiero dormir un rato” a lo que los profesores no le insisten y lo dejan, no transcurre más de 20 minutos y después se dispone a realizar las actividades. Pide permiso al baño ocasionalmente y cuando sale de clase, se demora en retornar debido a que se distrae con algo que observa o jugando con un compañero.

VI. DATOS RELEVANTES DE LA HISTORIA Y DESARROLLO GENERAL DEL ALUMNO

Cuando la madre del menor se enteró que estaba embarazada, se sintió muy alegre, al igual que su esposo, debido a que iba ser el primer hijo varón.

Durante el embarazo ni en el momento del parto, la madre del alumno, no tuvo mayores complicaciones y acude a sus controles adecuadamente.

El menor tuvo un normal desarrollo neuromuscular y de lenguaje, pero comprende las órdenes solo cuando le levantan la voz o le gritan.

Desde pequeño fue demasiado inquieto para su edad, es por ello que a los 6 años fue diagnosticado por una psicóloga con “Hiperactividad”, sus padres por momentos no sabían cómo controlarlo, teniendo que llegar a levantarle la voz y en ocasiones dándole algunos correazos.

Tuvo una adecuada formación de hábitos alimenticios e higiene. Actualmente tiene problemas para poder conciliar el sueño y muestra una conducta agresiva e inquieta.

La familia del alumno, es funcional, pero no tiene un control constante de la realización de sus deberes y tareas, debido a que los padres pasan la mayoría del tiempo trabajando fuera de casa. Actualmente está siendo atendido en un consultorio externo, por exigencia de la tutora a los padres del alumno.

VII. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA REALIZADA

El alumno posee un cociente intelectual de 122 encontrándose en la categoría de superior, lo que de igual forma se evidencio en el transcurso de la evaluación al demostrar una buena capacidad para razonar y emitir juicios, presentando una adecuada comprensión y buen razonamiento en el cálculo.

El menor ha mostrado una tendencia a mostrar un patrón conductual establecido desde los 4 años caracterizado por una excesiva inquietud motora, por lo cual le es imposible permanecer sentado durante el desarrollo de la clase; desatención, no logrando terminar sus actividades , cambiando de una actividad a otra; además de ser impulsivo y molesto, con dificultad para seguir las normas de la institución, interrumpiendo las actividades de los demás y anticipándose en dar respuestas a preguntas sin terminar.

Todo ello ha repercutido en su rendimiento y a nivel socioemocional. Con respecto a lo primero, durante el desarrollo en clases, no logra copiar y culminar las tareas en el colegio, causado por su baja capacidad atencional e inquietud motora, lo cual ha evidenciado que su rendimiento escolar se vea afectado, pese a que la tutora y algunos docentes han notado capacidades en el menor. Con respecto al segundo punto, las constantes llamadas de atención y castigos por parte de los docentes y auxiliares, así como las frecuentes peleas con sus

compañeros han causado en el alumno, presión por parte de su entorno escolar y familiar para que cambie, por lo que a veces se ha mostrado triste e incluso ha terminado en llanto, generando inestabilidad afectiva.

En cuanto a sus relaciones interpersonalmente, puede relacionarse con lo demás, siempre desea comunicar e imponer sus ideas, y cuando no logra concordar con sus compañeros puede actuar de forma impulsiva y agresiva (pateando o empujando); el menor reconoce que no son correctas sus reacciones, pero no sabe cómo controlarse, por lo cual desea cambiar.

En casa, es a su padre quien más obedece, a veces olvidando las indicaciones. En la realización de las tareas, es su hermana mayor o su padre quien le ayuda. Durante la evaluación demostró ser colaborador y en tener disposición de ayudar.

VIII. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

De acuerdo a la evaluación el alumno, posee una inteligencia superior; además de una dificultad significativa en cuanto a su capacidad atencional, con un comportamiento caracterizado por ser impulsivo e hiperactivo. Las continuas incidencias y quejas han comenzado a generar sentimientos de culpa e impotencia, afectando su desarrollo socioemocional. Todo ello generando conflicto con sus pares. Por consiguiente, se concluye presuntivamente que el menor presenta un Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (F90.0). Según los criterios diagnósticos del manual CIE 10.

IX. RECOMENDACIONES

- Desarrollar un plan psicopedagógico centrado en mejorar la atención, concentración y manejo.
- Realizar actividades que impliquen el movimiento corporal (danzas, deportes) o de esparcimiento.
- Elaborar un horario de actividades de rutina diaria, que impliquen el desarrollo de actividades académicas, recreación, deberes y necesidades básicas.
- Recibir una orientación familiar para fortalecer la comunicación familiar y brindar pautas para el apoyo hacia el estudiante.
- Durante la realización de sus actividades evitar estímulos distractores, haciendo una sola cosa a la vez.
- Evaluación médica neurológica.

André Itamar Ñahuin Capcha
Bachiller en Psicología

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y apellidos	: C. D. B. Q.
Sexo	: Masculino
Edad	: 12 años
Fecha de nacimiento	: 23-01-2005
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Lugar de procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Estudiante de secundaria
Grado de instrucción	: 1° de Secundaria
Religión	: Católico
Informante	: Estudiante.
Lugar de evaluación	: Institución Educativa
Fechas de evaluación	: 02, 16, 23,28 y 30 de Junio de 2017
Nombre del entrevistador	: André Itamar Ñahuin Capcha

II. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

De acuerdo a la evaluación el alumno, posee una inteligencia superior; además de una dificultad significativa en cuanto a su capacidad atencional, con un comportamiento caracterizado por ser impulsivo e hiperactivo. Las continuas incidencias y quejas han comenzado a generar sentimientos de culpa e impotencia, afectando su desarrollo socioemocional. Todo ello generando conflicto con sus pares. Por consiguiente, se concluye presuntivamente que el menor presenta un Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (F90.0). Según los criterios diagnósticos del manual CIE 10.

III. OBJETIVOS

1. Objetivo General

- Brindar psicoterapia para poder controlar la hiperactividad e impulsividad y así pueda concluir con sus actividades y fortalecer la relación con sus pares.

2. Objetivos Específicos

- Aprender a establecer metas y objetivos a seguir; para reforzar la planificación y el compromiso.
- Reconocer los problemas que le afectan más, buscando las posibles soluciones.
- Reforzar la atención mediante ejercicios para fortalecer su concentración en la realización de sus actividades.
- Fortalecer la heteroaceptación, para así mejorar la relación con sus compañeros.
- Incrementar la tolerancia a la frustración, para afrontar de diferente forma ante una situación de enojo o molestia.
- Enseñar al adolescente como relajarse cuando se siente tenso
- Explorar como se ve ahora y en el futuro

IV. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

- El ramillete de las 5 alternativas.
- Los seis sombreros para pensar
- El árbol
- Rol Playing
- Frase Llave

- Técnica de relajación de la tortuga

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El plan de intervención será llevar a cabo, durante 4 meses, una vez a la semana de 45. El tiempo será modificado por los avances que se obtenga

VI. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOPEDAGÓGICO

SESIÓN 01	“MI COMPROMISO”
1. OBJETIVOS	Aprender a establecer metas y objetivos a seguir; para reforzar la planificación y el compromiso.
2. TÉCNICAS	Instrucción Practica Ramillete o De las 5 soluciones
3. ESTRATEGIA	El alumno escribe en el contrato “Mi compromiso”, una meta a cumplir en dos semanas. Se habla sobre su meta y hace una lista de tres objetivos y pasos específicos que le ayudarán a lograr los objetivos. Firma el contrato y el evaluador lo atestigua y se compromete a ayudarlo a conseguir la meta (por ejemplo, quedando con él o buscándolo para preguntarle cómo va y darle consejos). Para apoyar el desarrollo de la ficha se desarrollará la técnica del ramillete o de las 5

	alternativas (solución de problemas): consiste en buscar 5 alternativas para conseguir la meta, y valorar sus ventajas e inconvenientes. Es necesario tener en cuenta que la solución ideal no existe, por lo que buscaremos la que tenga más ventajas, o la que nos suponga inconvenientes más soportables.
4. TIEMPO TOTAL	45 minutos

SESIÓN 02	“ANÁLISIS DE PROBLEMAS”
1. OBJETIVOS	Reconocer los problemas que le afectan más, buscando las posibles soluciones.
2. TÉCNICAS	Instrucción Dinámica Los seis sombreros para pensar
3. ESTRATEGIA	Se le entregara al alumno una hoja de color que representa su autoestima. A continuación, se le leerá en voz alta una lista de sucesos cotidianos que pueden dañar la autoestima. Después de cada frase, tendrá que arrancar un trozo más o menos grande de papel según la proporción de su autoestima que ese suceso quitaría. Luego se le entregara una hoja A4 donde,

	<p>juntara los trozos a medida que se le lea una lista de sucesos que pueden hacer recuperar la autoestima.</p> <p>Al finalizar se identificara que situaciones son las que más le afectan, para así analizar los problemas, en búsqueda de soluciones utilizando la técnica de los seis sombreros para pensar, en el cual tiene que pensar en soluciones diferentes, luego se reflexionara sobre lo que se realizó.</p>
4. TIEMPO TOTAL	45 minutos

SESIÓN 03	“ESTANDO ATENTO”
1. OBJETIVOS	Reforzar la atención mediante ejercicios para fortalecer su concentración en la realización de sus actividades.
2. TÉCNICAS	Instrucción Laberintos Ubicación de letras Sopa de letras Sudokus

3. ESTRATEGIA	<p>Se le entregará dos laberintos donde tendrá que buscar una salida.</p> <p>Se le entregará una hoja donde tendrá que tachar:</p> <p>Ejercicio 1: tache la letra B.</p> <p>Ejercicio 2: tache la letra A.</p> <p>Ejercicio 3: tache las consonantes.</p> <p>Ejercicio 4: tache las vocales.</p> <p>Ejercicio 5: tache las vocales en las líneas pares y las consonantes en las líneas impares.</p> <p>Se le entregará una “sopa de letras” donde tendrá que buscar las palabras que se le indica</p> <p>Cada ejercicio tendrá un tiempo limitado para desarrollarlo, con el objetivo de cumplir las indicaciones de cada ficha.</p>
4. TIEMPO TOTAL	45 minutos

SESIÓN 04	“CADA UNO ES DIFERENTE Y UNICO”
1. OBJETIVOS	Fortalecer la heteroaceptación, para así mejorar la relación con sus compañeros.
2. TÉCNICAS	Instrucción Autoanálisis Retroalimentación

3. ESTRATEGIA	<p>Se le entregara la hoja “Lo que más me cuesta aceptar de los demás / También nosotros podemos ser rechazados porque somos diferentes”; en donde escribirá las cosas que soporta de los demás y qué podría hacer para aceptarlas; así como también las cosas de uno mismo que los demás no aceptan y cómo puede favorecer que lo acepten.</p> <p>Se conversa con el alumno para poder llegar a una solución adecuada, y se realiza una breve reflexión</p>
4. TIEMPO TOTAL	45 minutos

SESIÓN 05	“APRENDIENDO A CONTROLARME”
1. OBJETIVOS	Incrementar la tolerancia a la frustración, para afrontar de diferente forma ante una situación de enojo o molestia.
2. TÉCNICAS	Instrucción Frase llave Rol playing Reflexión
3. ESTRATEGIA	Se utilizará la técnica Frase llave que consiste en una auto verbalización significativa en la

	<p>que abandone los pensamientos que le llevarían a conductas inadaptadas y sustituirlos por otros que le lleven a afrontar la situación, buscar alternativas de solución etc.</p> <p>De esta manera no focalizara la atención en el malestar si no en la solución del problema.</p> <p>También se trabajar la técnica de rol playing: en el que deberá pensar en qué consejos le daría a un vecino o amigo, (si está haciendo lo mismo que él) distanciándose del problema y por tanto de los sentimientos de frustración que sienta ese momento.</p>
4. TIEMPO TOTAL	45 minutos

SESIÓN 06	“LIBERANDOME AL RELAJARME”
1. OBJETIVOS	Enseñar al adolescente como relajarse cuando se siente tenso
2. TÉCNICAS	<p>Instrucción</p> <p>Relajación (respiración y estiramientos)</p> <p>La tortuga</p> <p>Dinámica</p>
3. ESTRATEGIA	<p>Se le dará pautas como tiene que respirar, así como realizar estiramientos determinados</p> <p>estiramientos para que puede relajarse</p>

	<p>adecuadamente, cuando se sienta tenso, o en cualquier situación.</p> <p>Se practicará la técnica de relajación de la tortuga:</p> <p>Esta técnica utiliza la analogía de la tortuga, la cual como bien se sabe, se repliega dentro de su concha cuando se siente amenazada. De la misma manera, se enseña al estudiante a replegarse dentro del caparazón imaginario cuando se sienta amenazado, al no poder controlar sus impulsos y emociones ante algún problema. Se enseña al estudiante a responder ante la palabra clave “tortuga”, encogiéndose, cerrando su cuerpo, metiendo la cabeza entre sus brazos. Después de que el estudiante ha aprendido a responder a la tortuga, se le enseña a relajar sus músculos mientras hace la tortuga.</p>
4. TIEMPO TOTAL	45 minutos

SESIÓN 07	“MI PRESENTE Y MI FUTURO”
1. OBJETIVOS	Explorar como se ve ahora y en el futuro
2. TÉCNICAS	<p>Instrucción</p> <p>Collage</p> <p>Practica</p>

	Reflexión
3. ESTRATEGIA	<p>El adolescente tendrá dos papelotes donde en la parte superior escribirá “este soy yo” – y otro en el que escribirá “este es mi futuro”. Se trata de hacer dos “collages” con fotos de revistas, palabras o dibujos que simbolicen cosas de sí mismos y de su futuro.</p> <p>Se reflexiona al final sobre qué papel juega uno mismo y el entorno en el cumplimiento de las metas.</p>
4. TIEMPO TOTAL	45 minutos

VII. AVANCES DE LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA

1. Se logró que el alumno mantenga su atención en la actividad que realiza
2. Se logró mejorar la relación con sus compañeros, teniendo ahora una mayor comprensión
3. Sé logro tener un mayor control al responder, haciendo uso de las técnicas de relajación
4. Se logró mejorar la tolerancia a la frustración, aprendiendo a comunicar de manera asertiva lo que le molestaba o incomodaba.

VIII. NORMAS PSICOEDUCATIVAS

1. Para el alumno:

- Cumplir las metas de corto y mediano plazo que se propuso en la ficha Mi compromiso.
- Seguir practicando las fichas de atención para ejercitar la misma.
- Seguir realizando la técnica de relajación que se le enseñó para manejar su control de impulsos.
- Seguir realizando las actividades de esparcimiento fuera del hogar.
- Seguir realizando los deberes que se desarrollaron en la casa.

2. Para ambos padres:

- Evitar utilizar el castigo físico y verbal para corregir
- Evitar compararlo con sus hermanos
- Escuchar a su hijo cuando tenga que comunicar algo sin interrumpir.
- Cuando ocurra un problema que su hijo tenga, que aprenda a reconocer su error y plantear soluciones.
- Brindarle mayor tiempo de apoyo y seguimiento en la realización de sus tareas o deberes.
- Reforzarle con ánimos positivos, cada vez que obtenga logros
- Seguir acompañándole en actividades de esparcimiento que el más le guste.
- Hacer actividades en conjunto como familia.

3. Para los profesores:

- Contar con su participación dentro de la clase y en las distintas actividades.
- Escucharlo cuando tenga alguna pregunta o planteamiento de una idea.
- Conversar con él individualmente, ante alguna falta o indisciplina, evitando regañarlo en frente de sus demás compañeros.
- Integrarlo en el salón con sus demás compañeros, no aislarlo por evitar quejas.
- Felicitar sus logros, con ánimos a poder continuar con sus objetivos
- Preguntar y escuchar lo que tenga que decir, cuando ocurra algún incidente, no juzgar inmediatamente
- Encargarle, alguna tarea en el apoyo de la realización de clases.

André Itamar Ñahuin Capcha
Bachiller en Psicología

ANEXOS

CASO EDUCATIVO

TONI-2

Test of Nonverbal Intelligence

FORMA A HOJA DE RESPUESTAS Y FORMA DE REGISTRO

Sección II. Perfil de los resultados de la Prueba

TONI-2 COCIENTE		RESULTADOS DE OTRAS MEDIDAS				
X	Form A	Form B	1.	2.	3.	4.
165						
155						
150						
145						
140						
135						
130						
125						
120						
115						
110						
105						
100						
95						
90						
85						
80						
75						
70						
65						
60						
55						
50						
45						
40						

TONI-2 Cociente: 122 Rango del percentil: 93 SEM:

Sección III. Datos de Pruebas adicionales

Nombre	Fecha de aplicación	Cociente equiv.
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		

Sección I. Datos de Identificación

Nombre del examinado: Carlos
 Nombre del padre o tutor del examinado: _____
 Colegio: _____ Grado: 1º
 Nombre del Examinador: André Nahón
 Título del Examinador: _____
 Año: _____ Mes: _____
 Fecha de Evaluación: 2017 06
 Fecha de Nacimiento: 2005 01
 Edad Actual: 12 5

Sección IV. Condiciones de Evaluación

¿Quién refirió al sujeto? _____
 ¿Cuál fue el motivo de referencia? _____

¿Con quién se discutió la referencia del examinado? _____

Por favor describa las condiciones de evaluación para el TONI - 2 completando o revisando las categorías expuestas debajo.

Administración Grupal (G) o Individual (I) I

Variables de Ubicación:
Interferente (I) o No interferente (N)

Nivel de ruido N

Interrupciones, distracciones N

Luz, temperatura N

Privacidad N

Otros _____

Variables de Evaluación:
Interferente (I) o No interferente (N)

Comprensión del contenido de la prueba N

Comprensión del formato de la prueba N

Nivel de Energía N

Actitud frente a la prueba N

Salud N

Rapport N

Otros _____

Section VII. Responses to the TONI-2 Form A

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

Base 33
 Addendum 2
 Total 35

ESCALAS PARA LA EVALUACION DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EDAA

Nombres... C. B. ... Edad... 12 ... Grado... 1º ... Fecha.....

Marque con una X en la casilla que corresponda.

Nº	Ítem	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Tiene excesiva inquietud motora				X
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar		X		
3	Molesta frecuentemente a otros niños				X
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención			X	
5	Exige inmediata satisfacción a sus demandas				X
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas				X
7	Está en las nubes, ensimismado			X	
8	Deja por terminar las tareas que empieza			X	
9	Es mal aceptado por el grupo				X
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros				X
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas			X	
12	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso y arrogante			X	
13	Se mueve constantemente, intranquilo			X	
14	Discute y pelea por cualquier cosa				X
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio			X	
16	Le falta el sentido de la regla, del "juego limpio"			X	
17	Es impulsivo e irritable				X
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros				X
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante			X	
20	Acepta mal las indicaciones del profesor		X		

OBSERVACIONES:.....
.....
.....

Ítems	Puntaje Bruto	Centil	Categoría
H/I (1, 3, 5, 13, 17)	14	100	R.E
DA (2, 4, 7, 8, 19)	9	80	S.R
H-DA	23	98	R.E
TC (6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 20)	24	98	R.E

Y.F.CH.L

EMA – HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y Nombres: Carlos Edad: 12 Sexo: ☒ F
 Año de Estudios: Primero Institución Educativa: D.C.S.
 Fecha de evaluación: 1/1/1 Fecha de nacimiento: 23/10/1/1995
 Evaluador:

A.F.

	NUNCA	POCAS VECES	CON FRECUENCIA	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1				X	
2				X	
3				X	
4			X		
5			X		
6			X		
7			X		
8			X		
9				X	
10				X	
11				X	
12			X		
13			X		
14			X		
15			X		
16			X		
17			X		
18			X		
19			X		
20			X		
21				X	
22				X	
23			X		
24			X		
25			X		
26			X		
27			X		
28			X		
29			X		
30			X		
31			X		
32			X		
33				X	
34				X	
35				X	
36				X	
37				X	
38				X	
39				X	
40				X	

A.E.

	NUNCA	POCAS VECES	CON FRECUENCIA	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1				X	
2			X		
3					X
4				X	
5			X		
6				X	
7					X
8			X		
9			X		
10			X		
11			X		
12			X		
13				X	
14			X		
15				X	
16			X		
17			X		
18			X		
19			X		
20				X	
21			X		
22			X		
23			X		
24			X		
25				X	
26			X		
27					X
28			X		
29			X		
30				X	
31			X		

A.P.

	NUNCA	POCAS VECES	CON FRECUENCIA	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1			X		
2				X	
3					X
4		X			
5			X		
6			X		
7			X		
8		X			
9			X		
10				X	
11					X
12				X	
13				X	
14			X		
15				X	
16			X		
17				X	
18			X		
19			X		

Escala		P.D.	P.C.	Interpretación
A.F.	A.P. 1 → 20	57	15	Bajo
	A.M. 21 → 40	64	45	Medio
A.E.	A.Pr. 1 → 14	37	45	Medio
	A.C. 15 → 25	23	15	Bajo
	A.G. 26 → 31	15	15	Bajo
A.P.	A.P. 1 → 10	28	5	Muy Bajo



CASO CLÍNICO

ANAMNESIS

I. DATOS FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Nastia F. A. C.
Sexo	: Femenino
Edad	: 21 años
Fecha Nacimiento	: 19/01 /1996
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Mormón
Informante	: Paciente y madre de la paciente
Lugar de Entrevista	: Consultorio
Fecha de Entrevista	: 21/09/2017, 28/09/2017, 05/10/2017
Evaluada	: Karen Rojo Choque

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente manifestó sentirse “triste decaída, preocupada, insegura de sí misma” refiere que tiene “baja autoestima”, sintiéndose inferior de los demás pensando que sus compañeros no tomaran en cuenta sus opiniones y es por ello el temor de demostrar lo que ella piensa, también menciona que le cuesta relacionarse con personas nuevas, y que por las preocupaciones que tiene no puede dormir por las noches.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

- **Tiempo:** La paciente refiere sentirse así desde la etapa de la adolescencia a la edad de 14 años, pero es entre la edad de 16 y 17 años donde es más notorio su estado de ánimo y en la actualidad aproximadamente hace dos meses.
- **Forma de Inicio:** Se dio de manera insidioso y gradual, debido a la separación de una amiga, y por el rechazo de las demás compañeras de colegio, constantes problemas entre sus padres también la volvían vulnerable.
- **Síntomas:** Baja autoestima, estado anímico deprimido, insegura, desconfiada, alteración del sueño, preocupación, pérdida de interés por las actividades y toma de decisiones y escasa actividad social.
- **Relato:**

Al entrar al colegio en la secundaria a la edad de 12 años es donde conocería a sus mejores amigas sobre todo a Stefany quien influyó bastante en ella ya que su amiga era responsable, cumplida y le enseñó la importancia de los estudios y la amistad pero es en tercero de secundaria que su mejor amiga se retira del colegio por problemas familiares y es hasta cuarto de secundaria que ella refiere que siente un vacío por ya no tener a su amiga a lado, se sentía sola aunque tenía a otras dos amigas Jhobana y Elizabeth pero no sería lo mismo, la paciente manifiesta que “tenía la idea que era fea” también porque en ese mismo año escolar surgieron inconvenientes con compañeras del salón quienes manifestaban rechazo hacia Nastia mencionando que ella no era atractiva físicamente estos comentarios le afectaron emocionalmente que es por ello que decide

preocuparse solo por sus estudios y su vida social lo deja de lado, pero ahora se arrepiente y siente cólera por no poner un alto a las críticas. Ya en quinto de secundaria a la edad de 16 años, tenía una amistad con su amigo Julio pero desde que ya no estaba su amiga Stefany él ya no la trataba igual, y ella refiere “volví a ser la misma, más descuidada en todo” pero se daba cuenta que necesitaba sentirse mejor es por ello que se acerca a Dios y se bautiza con los mormones, refiere que todo iba bien incluso con su timidez pero luego miraba a los demás y sentía que tenían una mejor vida pero ella no se veía así y ella sentía que se complicaba en relacionarse con los demás, ya no deseaba juntarse con nadie mencionando tener miedo al rechazo por decir lo que pensaba. Cuando terminó el colegio se sentía “deprimida”, “sin rumbo”, había dejado de comer por las preocupaciones y refiere que adelgazó, sintió que cuando entró a la academia para prepararse perdía el tiempo, se sentía “inestable” y “con los mismos problemas de siempre”, “de mal en peor”, veía que sus amigos tenían pareja y ella se sentía sola, que se consumía por su pesimismo y sentía un vacío por su soledad aunque habían días que sacaba fuerzas para hablar con las personas que le importaban, pasó un año sintiéndose así, también estuvo en casa la mayor parte del tiempo o en el taller trabajando con su mamá, encerrada y con miedo de vivir, refiere que se aisló mucho y que fue la peor etapa de su vida, aunque a veces salía iba a visitar a su mejor amiga Stefany la cual tenía un bebé pero sentía que no era lo mismo. A los 18 años retoma la academia e ingresa a la universidad y refiere que fue otro problema porque se sentía “nerviosa, insegura y tímida” solo esperaba a que los demás le hablaran para poder iniciar una conversación. En la actualidad cursa el tercer año de universidad

y refiere que hay una compañera que le molestaba mucho por ser callada incluso le puso un apodo el cual ella odiaba y es por ello que se alejó de ella y hace dos meses que se siente mal por tal motivo, no asiste a clases, se siente deprimida, por la preocupación no puede dormir a veces no se puede concentrarse, de nuevo se siente pesimista por lo que los demás le digan, temor a demostrar lo que ella piensa y siente por miedo a salir dañada. Lo que le pasa no es contado a sus padres ya que en su casa no encuentra comprensión porque su madre sale a trabajar muy temprano y su padre trabaja fuera de la ciudad y cuando hay momentos de compartir en familia las discusiones entre sus padres dificulta la relación de confianza con ellos.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

A) Etapa Pre natal:

Al momento de la concepción no fue planificado, los padres no esperaban la llegada de Nastia, pero al enterarse decidieron tenerla, el embarazo duro 9 meses, la madre no sufrió ningún accidente o caída durante el embarazo, sintió los síntomas como vómitos, náuseas, mareos, sin ninguna otra complicación, asistiendo a sus controles.

B) Etapa Natal:

La paciente nació en un Hospital por parto natural, no se presentaron ninguna complicación durante su nacimiento, le indicaron a su madre que todo estaba bien y que su niña se encontraba muy bien de salud, nació en posición de cabeza, respiro de inmediato, lloro al nacer y su peso fue de 2 kilos 400g.

C) Etapa Post Natal:

- **Primer Año**

Nastia lacto sin ninguna complicación hasta el año. Obtuvo su primera papilla a la edad de 6 meses, aunque no era muy frecuente, a la edad de los 5 meses existe apariencia de sus primeros dientes. En su desarrollo del lenguaje; balbuceo, al año dijo su primera palabra “mamá”, no presentó ninguna dificultad para pronunciar las palabras.

Comenzó a seguir con los ojos a los objetos que le interesaban a la edad de 3 meses, no presentando ninguna dificultad visual.

- **Desarrollo Psicomotor**

Irguió la cabeza a los tres meses, se sentó sola los seis meses, no gateo, se paró sola a los nueve meses, dio sus primeros pasos al año y dos meses, camino sola a los dos años, cuando aprendió a caminar presentaba tendencia a caerse y golpearse con frecuencia, aunque después no tuvo ninguna otra dificultad en el movimiento.

Uso pañales hasta los 2 años, durante el día hasta el año y medio, y en la noche hasta los dos años.

- **Sueño**

No presentó ninguna dificultad en cuanto el sueño durante su niñez, aunque en la actualidad menciona que en ocasiones no puede dormir por algunas preocupaciones que se le puede presentar en su vida.

D) Etapa escolar:

Nastia asistió al jardín a la edad de 3 años ya que su madre comenzó a trabajar en el negocio de los colchones y no tenía con quien dejarla, se adaptó sin temor a su entorno. A la edad de 6 años ingresa a 1er grado de

primaria, en algunas ocasiones no quería hacer las tareas, la madre menciona que su hija era “una niña tímida, no tenía muchas amigas en ocasiones no quería ir al colegio y no hacía la tarea porque había cursos que no le gustaban”. No presentó problemas de lectura ni escritura, aunque en comprensión presentaba ciertas dificultades ya que no entendía y no preguntaba, la paciente menciona que en cuarto grado de primaria conoció a una profesora quien le apoyo considerablemente enseñándole los valores que ella considera son importantes y en tal etapa se siente orgullosa al recordar que sobresalió en los primeros puestos incluso menciona que fue sub brigadier general. En la etapa de la secundaria ingresa con 12 años a estudiar en el mismo colegio que su hermano menor, ella menciona que en tal colegio conoció a sus mejores amigas sobre todo a Stephany quien considera que influyo bastante en sus estudios y en su vida ya que su amiga era una persona cumplida, responsable y sobre todo le enseñó que era la amistad, se sentía muy bien hasta que en tercero de secundaria cuando la paciente tenía 14 años, su mejor amiga tuvo que retirarse del colegio por motivos familiares y considera que tal separación le afecto al punto de no quererse relacionarse con facilidad y porque tuvo un incidente en el mismo año con unas compañeras del salón quienes le demostraban rechazo mencionándole que no era atractiva físicamente, ella se dedicó a su estudios y se alejó de su entorno social. Cuando salió del colegio no sabía que estudiar por cual motivo se inscribió en una academia y postuló a la carrera de Ingeniería Ambiental hasta en tres oportunidades tuvo interés por tal carrera por comentarios de algunos primos, al no ingresar a la carrera y transcurrido dos años decidió postular a Ingeniera de Materiales ingresando

a la primera postulación, actualmente se encuentra cursando el tercer año de tal carrera y aun no se siente muy segura de seguir con tal carrera ya que siente que no es su vocación.

E) Desarrollo y Función Sexual

- **Aspectos Fisiológicos**

Comenzó a percibir la diferencia de sexo cuando entra al jardín, en cuanto a su menarquia manifiesta que lo tuvo a los 12 años no tuvo miedo ya que su mamá le hablaba sobre tal experiencia, hasta la actualidad refiere que aún no ha iniciado su vida sexual por que no ha tenido enamorado pero actualmente se siente atraída por un compañero de universidad que unos amigos los presentaron, se están conociendo pero se siente insegura por la falta de experiencia en entablar relaciones afectivas con el sexo opuesto.

F) Historia de recreación de la vida

Nastia es tímida y le cuesta entablar una conversación con personas que no conoce por temor a las críticas, pero cuando siente la aceptación de las demás personas se siente en confianza y puede disfrutar de diferentes actividades que le puedan invitar a participar, refiere que con su familia habían pocos momentos de recreación con su mamá y hermano menos con su papá porque se encontraba trabajando fuera de la ciudad, refiere que entre las cosas que más le gustan hacer es escuchar música, mirar animes, caminar y jugar con su hermano menor.

- **Actividad Laboral**

En la actualidad Nastia le ayuda los fines de semana a trabajar a su mamá en la fabricación de colchones y refiere que no le agrada tal

trabajo es por ello que a veces hay discusiones con su mamá por no querer ir y prefiere buscar otro trabajo para ayudar con los gastos de la casa.

- **Hábitos o influencias negativas o tóxicas**

Nastia tiene un buen hábito alimenticio en la actualidad, pero en una etapa de su vida que fue la adolescencia bajo su apetito por sentirse deprimida por su amiga que se fue a estudiar a otro lugar, su sueño fue tranquilo, pero en la actualidad refiere que no puede dormir cuando tiene preocupaciones, actualmente está iniciando el consumo de bebidas alcohólicas por experimentar y ser parte de su grupo, pero no lo hace con frecuencia ni hasta perder el conocimiento.

- **Religión**

Nastia es de religión mormón porque su madre es parte de tal religión y porque en la casa donde vive alquilada sus vecinos son mormones y en su adolescencia por los acontecimientos que vivió decidió bautizarse en esa religión para acercarse a Dios.

G) Enfermedad y accidentes

La paciente manifiesta que no ha tenido ningún accidente grave durante su niñez, aunque si recuerda que tiene una cicatriz en su ombligo a consecuencia que ella paso por una reja que sus padres pusieron para separar a su hermano de una niña con la que peleaba mucho y ella deseaba quitarla y a consecuencia se hirió. Por lo demás solo menciona que tuvo las enfermedades comunes como gripe, infección estomacal, etc.

- **Personalidad Premórbida**

La madre refiere que su hija “siempre fue tímida” no se quejaba ni exigía y cuando empezó el pre kínder a la edad de 3 años se quedó sin hacer rabieta, pero cuando inicia el primer grado refiere que no quería ir al colegio porque no le gustaba hacer a veces su tarea y no tenía muchas amigas, pero en 4to de primaria la profesora que la acompañó le brindó confianza y cariño, lo cual hizo que ella superara cualquier dificultad y se sentía más segura. En la etapa de su adolescencia cuando tenía 12 años su círculo social creció gracias a una amiga quien de la misma forma que su profesora de primaria le brindo confianza, seguridad y amistad pero en tercero de secundaria se separa de ella porque su mejor amiga se va del colegio por motivos familiares, esto le afecto tanto que se alejó de sus demás amigas y en ese mismo año tuvo altercados con compañeras de su salón quienes le insinuaban que no era atractiva físicamente es donde se empieza a sentir insegura, desconfiada y se aleja de sus demás amigas en casa no decía nada de lo que le pasaba por que sentía que sus papás no la iban a comprender y también porque habían problemas entre sus padres, es por ellos que por un tiempo dejo de comer por la tristeza que le embargaba y también tenía ideas de desesperanza y solo una vez pensó en no querer vivir. En los siguientes años considero no acercarse a nadie y solo dedicarse a sus estudios. Cuando inicia la universidad al inicio no hablaba con nadie esperaba que las demás personas se acercaran a ella y recién les hablaba la mayoría de compañeros eran varones así es que no veía casi rechazo por parte de las mujeres, en la actualidad tiene amigos pero no son muchos

refiere que prefiere escucharlos que decir lo que ella piensa al temor a las críticas o al rechazo como lo vivió en su adolescencia, ella siente que no es atractiva que como alguien se fijaría en ella ya que nunca tuvo pareja pero en la actualidad hay un compañero de salón con quien ha entablado confianza y se siente atraída pero a veces no quisiera iniciar una relación con él para que la amistad no se vea afectada a futuro y esto también le preocupa y por las noches no puede dormir pensando en que pasara y que le gustaría tener la facilidad para hablar con los demás, no quiere sentirse de nuevo rechazada por su entorno y porque hace dos meses se distanció de una amiga la cual le molestaba por ser callada y le ponía un apodo que ella odiaba es por ello que se aleja de ella y se siente mal por tal motivo, no asiste a clases, se siente deprimida, por la preocupación no puede dormir a veces no se puede concentrar, de nuevo se siente pesimista por lo que los demás le digan temor a demostrar lo que ella piensa y siente por miedo a salir dañada

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

A) Composición Familiar

La familia está conformada, por su madre de 41 años quien se dedica a al trabajo de fabricación de colchones, su padre de 55 años quien es policía y no vive en la misma casa que ellos ya que trabaja en Puno. Su madre decidió separarse de su padre por maltratos e insultos, vive también con su hermano de 17 años quien cursa el quinto año de secundaria.

B) Dinámica Familiar

Nastia menciona que la relación con sus padres no es tan buena ya que no comparten muchas cosas con ellos, su madre sale a trabajar muy temprano y llega tarde a casa y su padre por cuestiones de trabajo solo viene cada cierto tiempo, aunque menciona que su padre decidió jubilarse de la policía. La paciente menciona que recién este año conoció a su abuela materna, por motivos que su madre decidió salirse del núcleo del hogar cuando tenía los once años de edad no volvió a saber más de su familia ya que ellos vivían en Puno y su madre decidió residir en Arequipa para buscar trabajo y querer mejorar ya que su familia no contaba con economía y era numerosa, también menciona que tiene dos tíos quienes están viviendo en EE. UU y otro tío en Bélgica. Por parte de su padre menciona que su abuela paterna fue quien motivo a su madre a que se dedicara al negocio de fabricación de colchones ya que ella hacía lo mismo, recuerda mucho a su abuela paterna porque la quería mucho, pero falleció cuando ella tenía 6 años y menciona que eso significo mucho.

C) Condición Socio-Económica

La familia de Nastia vive en una casa alquilada, aunque sus padres están haciendo construir una casa para que puedan vivir a partir del siguiente año. Quien mantiene económicamente a la familia es la madre quien se encarga de las necesidades de sus hijos, aunque a veces también el padre aporta en el hogar, aunque no viva con ellos. La vivienda cuenta con todos los servicios básicos (luz, agua, desagüe).

D) Antecedentes Patológicos

En la etapa de la secundaria la paciente menciona que se sentía sin ganas de comer por la tristeza que acontecía en esa etapa por la soledad que sentía, aunque menciona que al darse cuenta por el daño que se hacía reaccionó y reflexionó, también menciona que lloraba y en una tenía ideas de no querer vivir, también presentaba miedo al poder manifestar sus ideas.

A si mismo menciona que en la familia de su padre, su abuelo era alcohólico y que su padre tenía el mismo problema y esa era la consecuencia que sus padres discutían frecuentemente, aunque ahora manifiesta que su padre ha dejado de consumir alcohol.

VI. RESUMEN

Nastia nació cumpliendo los 9 meses de embarazo sin ninguna complicación, no fue planificado pero sus padres decidieron tenerla. En su desarrollo psicomotor, lenguaje y visual se dieron en los parámetros establecidos sin ningún inconveniente. Nastia ingreso a inicial a los 3 años pudiendo adaptarse con facilidad. A la edad de 6 años ingresa a 1er grado de primaria, la madre menciona que su hija era “una niña tímida, no tenía muchas amigas en ocasiones no quería ir al colegio”. La paciente menciona que en cuarto grado de primaria conoció a una profesora quien le apoyo considerablemente.

En la etapa de la secundaria ingresa a estudiar a la edad de 12 años, ella menciona que en tal colegio conoció a sus mejores amigas sobre todo a Stephany quien considera que influyo bastante en sus estudios y en su vida, se sentía muy bien hasta que en tercero de secundaria a la edad de 14 años, su mejor amiga tuvo que retirarse del colegio por motivos familiares y considera que tal separación le afecto al punto de no quererse relacionarse con facilidad y

porque en ese mismo año tuvo altercados con compañeras de su salón quienes le insinuaban que no era atractiva físicamente es donde se empieza a sentir “insegura, desconfiada” y se aleja de sus demás amigas.

Ya en quinto de secundaria a la edad de 16 años, tenía una amistad con su amigo Julio pero desde que ya no estaba su amiga Stefany él ya no la trataba igual, y ella refiere “volví a ser la misma, más descuidada en todo” pero se daba cuenta que necesitaba sentirse mejor es por ello que se acerca a Dios y se bautiza con los mormones, refiere que todo iba bien incluso con su timidez pero luego miraba a los demás y sentía que tenían una mejor vida pero ella no se veía así, ya no deseaba juntarse con nadie mencionando tener miedo al rechazo por decir lo que pensaba. Cuando terminó el colegio se sentía deprimida, sin rumbo, había dejado de comer por las preocupaciones y refiere que adelgazó, sintió que cuando entró a la academia para prepararse perdía el tiempo, se sentía inestable y “con los mismos problemas de siempre”, “de mal en peor”, veía que sus amigos tenían pareja y ella se “sentía sola”, que se consumía por su pesimismo y sentía un vacío por su soledad aunque habían días que sacaba fuerzas para hablar con las personas que le importaban, pasó un año sintiéndose así, también estuvo en casa la mayor parte del tiempo o en el taller trabajando con su mamá, encerrada y con miedo de vivir, refiere que se aisló mucho y que “fue la peor etapa de su vida”. A los 18 años retoma la academia e ingresa a la universidad y refiere que fue otro problema porque se sentía “nerviosa e insegura y tímida” solo esperaba a que los demás le hablaran para poder iniciar una conversación.

La familia de Nastia está conformada, por su madre de 41 años quien se dedica a al trabajo de fabricación de colchones, su padre de 55 años quien es policía y no vive en la misma casa y su madre decidió separarse de su padre por maltratos e

insultos, vive también con su hermano de 17 años quien cursa el quinto año de secundaria. La familia de Nastia vive en una casa alquilada. Quien mantiene económicamente a la familia es la madre quien se encarga de las necesidades de sus hijos, aunque a veces también el padre aporta en el hogar, aunque no viva con ellos.

En la actualidad cursa el tercer año de universidad y refiere que hay una compañera que le molestaba mucho por ser callada incluso le puso un apodo el cual ella odiaba y es por ello que se alejó de ella y hace dos meses que se siente mal por tal motivo, no asiste a clases, se siente deprimida, por la preocupación no puede dormir a veces no se puede concentrar, de nuevo se siente pesimista por lo que los demás le digan, temor a demostrar lo que ella piensa y siente, no quiere salir dañada. Lo que le pasa no es contado a sus padres ya que en su casa no encuentra comprensión porque su madre sale a trabajar muy temprano y su padre trabaja fuera de la ciudad y cuando hay momentos de compartir en familia las discusiones entre sus padres dificulta la relación de confianza con ellos.

Karen Michell Rojo Choque
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	: Nastia F. A. C.
Sexo	: Femenino
Edad	: 21 años
Fecha Nacimiento	: 19/01 /1996
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Mormón
Lugar de Entrevista	: Consultorio
Fecha de Entrevista	: 21/09/2017
Evaluada	: Karen Rojo Choque

II. EVALUACIÓN

1. Porte, Actitud y comportamiento

La paciente aparenta su edad cronológica, de contextura gruesa y de estatura promedio; es de tez canela, sus ojos son achinados color pardo. Su cabello es largo, lacio y de color negro; mantiene una vestimenta limpia y aseo personal adecuado. Denota una expresión de tristeza, su postura es encorvada, de tono de voz por momentos débil y en otros fuertes ya que se desesperaba cuando narraba momentos incómodos de su vida.

Al iniciar la evaluación, el paciente mostro disposición para colaborar expresando así sus ideas y sentimientos durante el transcurso de la entrevista, también reflejaba timidez en ocasiones y nerviosismo manteniendo así las manos sobre la mesa y en ocasiones agarrándose la cara y cabello.

Durante la entrevista se desenvolvió y coopero satisfactoriamente, aunque en la mayor parte de la entrevista se mostraba preocupada y tensa ya que encogía sus hombros, en ocasiones no sabía cómo explicar algunas situaciones de su pasado. Al finalizar se despidió amable y cordialmente, mencionando “muchas gracias por escucharme”.

2. Atención, Conciencia y orientación

- **Atención:**

La paciente demostró atención y concentración al responder en el momento preciso que se realizaba las preguntas. Aunque por momentos se ponía nerviosa al temor a poder equivocarse.

- **Conciencia:**

Se encuentra en un estado lucido, es capaz de mantener una conversación y responder acertadamente a las preguntas que se le formula, presentando conciencia de su afectación emocional. Mencionando que se causa daño pensando negativamente la mayor parte del tiempo y por ende desea mejorar.

- **Orientación:**

La paciente se da cuenta del tiempo y el espacio en el que se encuentra, responde de una manera muy espontánea y acertada frente

a preguntas muy sencillas, como por ejemplo ¿en qué año estamos?, ¿qué estación del año estamos?, ¿cuál es la fecha de hoy?, ¿en qué lugar nos encontramos?

3. Lenguaje

Su lenguaje expresivo se encuentra conservado, sin evidencia de trastornos, posee buena articulación verbal, pero en ocasiones se traba al comunicar cosas personales de su vida, su habla es coherente y la estructura de esta es apropiada. Su pronunciación y articulación es clara, tono de voz regular. Sus gestos faciales guarda relación lo que expresa verbalmente, hay congruencia entre sus emociones y lo que verbaliza.

4. Pensamiento

Sus frases tienen un sentido lógico y proporcionado además responde adecuadamente a las preguntas planteadas, sin embargo en cuanto al contenido se encuentra cargado de inseguridades hacia las personas que la rodean por la mala experiencia que tuvo en la adolescencia, actualmente aún tiene preocupación por dudas no justificadas insegura de sí misma refiere que tiene “baja autoestima”, sintiéndose inferior de los demás pensando que sus compañeros no tomaran en cuenta sus opiniones a pesar que la hacen parte del grupo y tiene temor a demostrar lo que ella piensa. En algún momento de su vida pensó en su existencia por la carga emocional que sentía ahora refiere que no piensa así. Su capacidad de pensamiento dirigido a un objetivo es correcta, pues guarda relación con las preguntas o temas planteados, aunque por momentos expresa sus pensamientos de forma difusa. Asocia correctamente los términos utilizados.

5. Percepción

La paciente no muestra alteraciones sensorio-perceptivas y manifiesta no haber experimentado alucinaciones o ilusiones, percibe la realidad tal y como es sin alterarlo, tanto como en lo visual, auditivo, olfativo, gustativo, cenestésicas, del esquema corporal, cinestésicas o motrices.

6. Memoria

La paciente responde sin ninguna dificultad, ante hechos personales como cuando es su cumpleaños, fechas memorables, donde estudio y cuestiones personales acerca de su infancia y también tiene facilidad para recordar hechos recientes por ejemplo lo que hizo los días anteriores, que desayuno, y mediante ejercicios donde se les demuestra 10 imágenes durante unos segundos al voltear pudo saber en dónde se ubicaban sus iguales.

7. Funcionamiento Intelectual

En cuanto a la concentración, al realizar pequeñas y sencillas operaciones matemáticas como por ejemplo restar siete al resultado que se obtenga del número indicado, la paciente demostró capacidad para responder haciéndolo de una manera adecuada. También demostró habilidad para entender y responder adecuadamente a órdenes que se le indicaba.

Nastia posee capacidad para copiar elementos presentados en otra hoja. También es capaz de comprender adecuadamente las semejanzas y diferencias entre dos elementos mostrados.

8. Estado de ánimo y afectos

Nastia se manifiesta “triste decaída, preocupada, insegura de sí misma” refiere que tiene “baja autoestima”, sintiéndose inferior de los demás

pensando que sus compañeros no tomaran en cuenta sus opiniones y es por ello el temor de demostrar lo que ella piensa, también menciona que le cuesta relacionarse con personas que recién conoce, y que por las preocupaciones que tiene no puede dormir por las noches.

Su expresión facial concuerda con sus estados de ánimo, es decir existe coherencia entre lo que dice y expresa, por tanto, sus respuestas emocionales son una expresión adecuada.

9. Comprensión y grado de incapacidad de la enfermedad

La paciente comprende que presenta en ocasiones pensamientos erróneos por ejemplo “pensar que los demás no van aceptar sus opiniones” o “que la van a despreciar por no ser atractiva”, también se da cuenta que los problemas que le aturden ocasionan inseguridad y baja autoestima en su persona.

III. RESUMEN

La paciente aparenta su edad cronológica, de contextura gruesa y de estatura promedio; es de tez canela, sus ojos son achinados color pardo. Su cabello es largo, lacio y de color negro; mantiene una vestimenta limpia y aseo personal adecuado. Denota una expresión de tristeza, su postura es encorvada, de tono de voz por momentos débil y en otros fuertes ya que se desesperaba cuando narraba momentos incómodos de su vida.

Durante la entrevista se desenvolvió y cooperó satisfactoriamente, aunque en la mayor parte de la entrevista se mostraba preocupada y tensa ya que encogía sus hombros, en ocasiones no sabía cómo explicar algunas situaciones de su pasado.

Al finalizar se despidió amable y cordialmente, mencionando “muchas gracias por escucharme”.

La paciente demostró habilidad para atender y responder adecuadamente a las preguntas, también manifestaba síntomas de tristeza, preocupación y en ocasiones de cólera por los recuerdos que le traen a su mente cuando se sintió rechazada por un grupo de compañeras en la época de la secundaria. Su expresión facial concuerda con sus estados de ánimo, es decir existe coherencia entre lo que dice y expresa, por tanto, sus respuestas emocionales son una expresión adecuada. La paciente comprende que presenta en ocasiones pensamientos erróneos por ejemplo pensar que los demás no van a aceptar sus opiniones” o “que la van a despreciar por no ser atractiva”, también se da cuenta que los problemas que le aturden ocasionan inseguridad y baja autoestima en su persona.

Karen Michell Rojo Choque
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	: Nastia F. A. C.
Sexo	: Femenino
Edad	: 21 años
Fecha Nacimiento	: 19/01 /1996
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Mormón
Lugar de Entrevista	: Consultorio
Fecha de Evaluación	: 21/09/2017, 05/10/2017, 12/10/2017
Evaluada	: Karen Rojo Choque

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

El propósito de realizar la evaluación psicométrica es obtener un diagnóstico preciso que nos ayude a verificar el tipo de personalidad, que intensidad de estado de ánimo presenta la paciente y de esta manera se encuentren los medios para una mejoría y pueda aprender a resolver los conflictos que le suceden.

III. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

La paciente aparenta su edad cronológica, denota una expresión de tristeza, su postura es encorvada, de tono de voz por momentos débil y en otros fuertes ya que se desesperaba cuando narraba momentos incómodos de su vida. Durante la entrevista se desenvolvió y cooperó satisfactoriamente, aunque en la mayor parte

de la entrevista se mostraba preocupada y tensa ya que encogía sus hombros, en ocasiones no sabía cómo explicar algunas situaciones de su pasado. Al finalizar se despidió amable y cordialmente, mencionando “muchas gracias por escucharme”. La paciente demostró habilidad para atender y responder adecuadamente a las preguntas, también manifestaba síntomas de tristeza, preocupación y en ocasiones de cólera por los recuerdos que le traen a su mente cuando se sintió rechazada por un grupo de compañeras en la época de la secundaria. Su expresión facial concuerda con sus estados de ánimo, es decir existe coherencia entre lo que dice y expresa, por tanto, sus respuestas emocionales son una expresión adecuada. La paciente comprende que presenta en ocasiones pensamientos erróneos por ejemplo pensar que los demás no van a aceptar sus opiniones” o “que la van a despreciar por no ser atractiva”, también se da cuenta que los problemas que le aturden ocasionan inseguridad y baja autoestima en su persona.

IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

1. Observación
2. Entrevista
3. Pruebas Psicológicas
 - Test de la Persona Bajo la Lluvia
 - Inventario Multifásico de la Personalidad MINI MULT
 - Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQ.R
 - Inventario de Cociente Emocional de Bar-On (I-CE)

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A. Test de la Persona Bajo la Lluvia

La paciente proyectó un dibujo del sexo opuesto el cual lo llamo Ernesto de 15 años, el dibujo demuestra síntomas de ansiedad, inseguridad, fatiga y estrés, también muestra ser una persona que desconfía de sí misma, tímida, que le cuesta empezar o decidir una tarea nueva; proyecta temor hacia su medio que la rodea sintiendo una presión de amenazas, conflictos que no se resolvieron provocando así una sensación de vacío, también la paciente no olvida acontecimientos traumáticos que ocurrieron en una etapa importante de su vida los cuales hacen mención al conflicto familiar de constantes discusiones y manifestaciones de inferioridad que el padre ejercía sobre su madre. También demuestra tendencia a ser dependiente de las personas, hay cierta preocupación por su medio dando importancia lo que digan o piensen los demás de ella y por ultimo manifiesta la angustia que siente.

B. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQ.R

La paciente demuestra ser la típica persona introvertida, manifestando tranquilidad siendo retraída, es más aficionada a los libros que a las personas, es reservada distante excepto con sus amistades íntimas, tiende a planificar todo, piensa muchas veces antes de actuar, suele ser algo pesimista. También demuestra ser una persona con síntomas ansiosos, preocupada, tiene tendencia a los cambios de humor bruscos y frecuentemente se siente deprimida; aunque demuestra poseer creatividad y de ser una persona sincera

C. Inventario Multifásico de la Personalidad MINI MULT

L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Pa	Pt	Sc	Ma
2	23	8	20	33	29	31	22	42	48	22
Normal	Marcada	Baja	Leve	Moderada	Leve	Moderada	Marcada	Marcada	Marcada	Leve

- Escala L (mentira): normal
- Escala F (validez) La validez de este perfil es dudosa, quizá no se ha comprendido las instrucciones o existe una perturbación psiquiátrica severa. Los cuales hacen que la comprensión no sea la correcta.
- Escala K (corrección). Puede tener una pobre autoestima. Probablemente le gustará discutir problemas emocionales
- Hs (Hipocondría): Un tanto más que el promedio del número de quejas físicas. Algo de preocupación acerca de las funciones del cuerpo y salud física
- D (Depresión): Moderadamente deprimido, preocupado, indeciso y pesimista.
- H (Histeria): Probablemente un tanto inmaduro, exigente, egocéntrico y sugestionable.
- DP (Desviación Psicopática): Un tanto rebelde e inconformista. Evita establecer lazos personales íntimos
- Pa (Paranoia) Resentimiento y suspicacia hacia los demás, quizás hacia el punto de la fijación de falsas creencias.

- Pt (Obsesión-Compulsión): Agitado, rumiante y miedosa. Probables obsesiones, compulsiones o fobias. Puede tener preocupaciones religiosas y sentimientos de culpa.
- Es (Esquizofrenia): Probablemente sentimientos de irrealidad, así como pensamientos y conducta bizarra o confusa. Puede tener actitudes extrañas y falsas creencias.
- Ma (Manía): Probablemente enérgico y entusiasta. De intereses varios

D. Inventario de Cociente Emocional de Bar-On (I-CE)

COMPONENTES	PD	CE	PAUTAS DE INTERPRETACION
Intrapersonal	99	65	Necesita Mejorar
Interpersonal	71	69	Necesita Mejorar
Adaptabilidad	79	82	Necesita Mejorar
Manejo de estrés	48	80	Necesita Mejorar
Estado de ánimo general	36	65	Necesita Mejorar

La paciente presenta un Cociente Emocional con un Puntaje Estándar de 65 se ubica en una categoría Muy Bajo donde demuestra una capacidad emocional extremadamente por debajo del promedio y en los cinco componentes emocionales: Intrapersonal, Interpersonal, Adaptabilidad,

Manejo de estrés y Estado de ánimo general también se ubica en una categoría *Muy Baja* donde en el componente Intrapersonal nos da a conocer que no se siente consigo misma, se siente negativa respecto lo que hace en su vida, no es capaz de expresar sus sentimientos, depende mucho de los demás, experimenta desconfianza en la realización de sus ideas y creencias, respecto al componente interpersonal nos da a conocer que no posee buenas habilidades sociales es decir que no comprende muchas veces ni se relaciona con las demás personas, en el componente de Adaptabilidad manifiesta falta de solución de conflictos en los ambientes que le rodean, y en cuanto al componente de Manejo de estrés demuestra no tener tolerancia al estrés ni control en sus impulsos y por último en el componente de Estado de ánimo general manifiesta desmotivación y no sabe cómo disfrutar de la vida.

VI. RESUMEN

Nastia posee un coeficiente intelectual Normal Promedio tal capacidad son resultados que demuestra su tercer ciclo de universidad, tiene una personalidad introvertida, muestra una autoimagen de inseguridad, presenta síntomas de ansiedad, timidez, fatiga y estrés, que le cuesta empezar o decidir una tarea nueva; demuestra temor hacia su medio que la rodea sintiendo una presión de amenazas, presenta conflictos que no se resolvieron provocando una sensación de vacío, incluso proyecta que no olvida acontecimientos traumáticos que ocurrieron en una etapa importante de su vida los cuales hacen mención al conflicto familiar de constantes discusiones y manifestaciones de inferioridad que el padre ejercía sobre su madre. Tiene tendencia a ser dependiente de las personas, hay cierta preocupación por su

medio dando importancia lo que digan o piensen los demás de ella, manifestando tranquilidad siendo retraída, es más aficionada a los libros que a las personas, es reservada distante excepto con sus amistades íntimas, tiende a planificar todo, piensa muchas veces antes de actuar, suele ser algo pesimista. También demuestra ser una persona con síntomas ansiosos, preocupada, tiene tendencia a los cambios de humor bruscos y frecuentemente se siente deprimida; aunque demuestra poseer creatividad y de ser una persona sincera

Por último la paciente presenta un Cociente Emocional Muy Bajo y en los cinco componentes emocionales: Intrapersonal, Interpersonal, Adaptabilidad, Manejo de estrés y Estado de ánimo general también se ubica en una categoría Muy Baja donde nos demuestra que no se siente bien consigo misma, tiene bajo autoestima, se siente negativa respecto lo que hace en su vida, no es capaz de expresar sus sentimientos, también manifiesta falta de solución de conflictos en los ambientes que le rodean, demuestra no tener tolerancia al estrés ni control en sus impulsos y así mismo en el componente de Estado de ánimo general manifiesta desmotivación y no sabe cómo disfrutar de la vida.

Karen Michell Rojo Choque
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Nastia F. A. C.
Sexo	: Femenino
Edad	: 21 años
Fecha Nacimiento	: 19/01 /1996
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Mormón
Informante	: Paciente y madre de la paciente
Lugar de Entrevista	: Consultorio
Fecha de Entrevista	: 21/09/2017
Evaluada	: Karen Rojo Choque

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente manifestó sentirse “triste decaída, preocupada, insegura de sí misma” refiere que tiene “baja autoestima”, sintiéndose inferior de los demás pensando que sus compañeros no tomaran en cuenta sus opiniones y es por ello el temor de demostrar lo que ella piensa, también menciona que le cuesta relacionarse con personas nuevas, también menciona que por las preocupaciones que tiene no puede dormir por las noches.

III. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

1. Observación
2. Entrevista
3. Pruebas Psicológicas
 - Test de la Persona Bajo la Lluvia
 - Inventario Multifásico de la Personalidad MINI MULT
 - Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQ.R
 - Inventario de Cociente Emocional de Bar-On (I-CE)

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Nastia nació cumpliendo los 9 meses de embarazo sin ninguna complicación, no fue planificada pero sus padres decidieron tenerla. En su desarrollo psicomotor, lenguaje y visual se dieron en los parámetros establecidos sin ningún inconveniente. Nastia ingreso a inicial a los 3 años pudiendo adaptarse con facilidad. A la edad de 6 años ingresa a 1er grado de primaria, la madre menciona que su hija era “una niña tímida, no tenía muchas amigas en ocasiones no quería ir al colegio”. La paciente menciona que en cuarto grado de primaria conoció a una profesora quien le apoyo considerablemente.

En la etapa de la secundaria ingresa a estudiar a la edad de 12 años, ella menciona que en tal colegio conoció a sus mejores amigas sobre todo a Stephany quien considera que influyo bastante en sus estudios y en su vida, se sentía muy bien hasta que en tercero de secundaria a la edad de 14 años, su mejor amiga tuvo que retirarse del colegio por motivos familiares y considera que tal separación le afecto al punto de no quererse relacionarse con facilidad y porque en ese mismo año tuvo altercados con compañeras de su salón quienes le

insinuaban que no era atractiva físicamente es donde se empieza a sentir “insegura, desconfiada” y se aleja de sus demás amigas.

Ya en quinto de secundaria a la edad de 16 años, tenía una amistad con su amigo Julio pero desde que ya no estaba su amiga Stefany él ya no la trataba igual, y ella refiere “volví a ser la misma, más descuidada en todo” pero se daba cuenta que necesitaba sentirse mejor es por ello que se acerca a Dios y se bautiza con los mormones, refiere que todo iba bien incluso con su timidez pero luego miraba a los demás y sentía que tenían una mejor vida pero ella no se veía así, ya no deseaba juntarse con nadie mencionando tener miedo al rechazo por decir lo que pensaba. Cuando terminó el colegio se sentía deprimida, sin rumbo, había dejado de comer por las preocupaciones y refiere que adelgazó, sintió que cuando entró a la academia para prepararse perdía el tiempo, se sentía inestable y “con los mismos problemas de siempre”, “de mal en peor”, veía que sus amigos tenían pareja y ella se “sentía sola”, que se consumía por su pesimismo y sentía un vacío por su soledad aunque habían días que sacaba fuerzas para hablar con las personas que le importaban, pasó un año sintiéndose así, también estuvo en casa la mayor parte del tiempo o en el taller trabajando con su mamá, encerrada y con miedo de vivir, refiere que se aisló mucho y que “fue la peor etapa de su vida”. A los 18 años retoma la academia e ingresa a la universidad y refiere que fue otro problema porque se sentía “nerviosa e insegura y tímida” solo esperaba a que los demás le hablaran para poder iniciar una conversación.

La familia de Nastia está conformada, por su madre de 41 años quien se dedica al trabajo de fabricación de colchones, su padre de 55 años quien es policía y no vive en la misma casa y su madre decidió separarse de su padre por maltratos e insultos, vive también con su hermano de 17 años quien cursa el quinto año de

secundaria. La familia de Nastia vive en una casa alquilada, quien mantiene económicamente a la familia es la madre quien se encarga de las necesidades de sus hijos, aunque a veces también el padre aporta en el hogar, aunque no viva con ellos.

En la actualidad cursa el tercer año de universidad y refiere que hay una compañera que le molestaba mucho por ser callada incluso le puso un apodo el cual ella odiaba y es por ello que se alejó de ella y hace dos meses que se siente mal por tal motivo, no asiste a clases, se siente deprimida, por la preocupación no puede dormir a veces no se puede concentrar, de nuevo se siente pesimista por lo que los demás le digan, temor a demostrar lo que ella piensa y siente, no quiere salir dañada, también refiere que hasta la actualidad aún no ha iniciado su vida sexual por que no ha tenido enamorado pero actualmente se siente atraída por un compañero de universidad. Lo que le pasa no es contado a sus padres ya que en su casa no encuentra comprensión porque su madre sale a trabajar muy temprano y su padre trabaja fuera de la ciudad y cuando hay momentos de compartir en familia las discusiones entre sus padres dificulta la relación de confianza con ellos.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

La paciente aparenta su edad cronológica, de contextura gruesa y de estatura promedio; es de tez canela, sus ojos son achinados color pardo. Su cabello es largo, lacio y de color negro; mantiene una vestimenta limpia y aseo personal adecuado. Denota una expresión de tristeza, su postura es encorvada, de tono de voz por momentos débil y en otros fuertes ya que se desesperaba cuando narraba momentos incómodos de su vida.

Durante la entrevista se desenvolvió y coopero satisfactoriamente, aunque en la mayor parte de la entrevista se mostraba preocupada y tensa ya que encogía sus hombros, en ocasiones no sabía cómo explicar algunas situaciones de su pasado. Al finalizar se despidió amable y cordialmente, mencionando “muchas gracias por escucharme”.

La paciente demostró habilidad para atender y responder adecuadamente a las preguntas, también manifestaba síntomas de tristeza, preocupación y en ocasiones de cólera por los recuerdos que le traen a su mente cuando se sintió rechazada por un grupo de compañeras en la época de la secundaria. Su expresión facial concuerda con sus estados de ánimo, es decir existe coherencia entre lo que dice y expresa, por tanto, sus respuestas emocionales son una expresión adecuada. La paciente comprende que presenta en ocasiones pensamientos erróneos por ejemplo pensar que los demás no van a aceptar sus opiniones” o “que la van a despreciar por no ser atractiva”, también se da cuenta que los problemas que le aturden ocasionan inseguridad y baja autoestima en su persona.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Nastia posee un coeficiente intelectual Normal Promedio tal capacidad son resultados que demuestra su tercer ciclo de universidad, tiene una personalidad introvertida, muestra una autoimagen de inseguridad, presenta síntomas de ansiedad, timidez, fatiga y estrés, que le cuesta empezar o decidir una tarea nueva; demuestra temor hacia su medio que la rodea sintiendo una presión de amenazas, presenta conflictos que no se resolvieron provocando una sensación de vacío, incluso proyecta que no olvida acontecimientos traumáticos que ocurrieron en una etapa importante de su vida los cuales hacen mención al

conflicto familiar de constantes discusiones y manifestaciones de inferioridad que el padre ejercía sobre su madre. Tiene tendencia a ser dependiente de las personas, hay cierta preocupación por su medio dando importancia lo que digan o piensen los demás de ella, manifestando tranquilidad siendo retraída, es más aficionada a los libros que a las personas, es reservada distante excepto con sus amistades íntimas, tiende a planificar todo, piensa muchas veces antes de actuar, suele ser algo pesimista. También demuestra ser una persona con síntomas ansiosos, preocupada, tiene tendencia a los cambios de humor bruscos y frecuentemente se siente deprimida; aunque demuestra poseer creatividad y de ser una persona sincera

Por último la paciente presenta un Cociente Emocional Muy Bajo y en los cinco componentes emocionales: Intrapersonal, Interpersonal, Adaptabilidad, Manejo de estrés y Estado de ánimo general también se ubica en una categoría Muy Baja donde nos demuestra que no se siente bien consigo misma, tiene bajo autoestima, se siente negativa respecto lo que hace en su vida, no es capaz de expresar sus sentimientos, también manifiesta falta de solución de conflictos en los ambientes que le rodean, demuestra no tener tolerancia al estrés ni control en sus impulsos y así mismo en el componente de Estado de ánimo general manifiesta desmotivación y no sabe cómo disfrutar de la vida.

VII. DIAGNÓSTICO

La paciente presenta una capacidad intelectual Normal Promedio, es de una personalidad introvertida, presenta falta de confianza en sí misma, baja autoestima, insegura, pesimista, fatiga, estrés, ansiedad, le cuesta empezar o decidir una tarea nueva, tendencia a la inestabilidad emocional, su conducta

evidencia un desánimo, y dependencia afectiva, no olvida acontecimientos traumáticos que ocurrieron en una etapa importante de su vida como fue su adolescencia, le importa mucho lo que su medio le diga o piensen de ella es por ello que no es capaz de expresar sus sentimientos y se aleja de las personas, lo que provoca la falta de solución de conflictos. Tiende a pensar negativamente sobre el futuro, culpándose de lo que le sucede en su vida, presenta también rasgos evitativos y desadaptativos de personalidad lo que en la actualidad provoca que tenga alteración en su sueño. En la adolescencia a la edad de 16 años la paciente durante el período de 1 año de la alteración, no ha estado sin síntomas expuestos anteriormente durante más de 2 meses seguidos y en la actualidad padece de tales síntomas, lo cual nos determina la presencia de un diagnóstico del trastorno del humor específicamente Distimia (**F34.1 CIE-10**) de Inicio temprano.

VIII. PRONÓSTICO

Favorable porque la paciente es consciente de lo que le sucede y ella decidió acudir y recibir ayuda y además cuenta con el apoyo de su familia, también desea cambiar las conductas no adaptativas y pensamientos erróneos que presenta.

IX. RECOMENDACIONES

- Recibir un tratamiento psicológico clínico especializado
- Elaborar un plan psicoterapéutico de acuerdo a las dificultades que presenta consigo misma, la familia y entorno social.
- Elaborar una lista de cosas que la motiven

- Mejorar su entorno social mediante el fortalecimiento de lazos de amistad
- Realizar un cronograma de actividades tanto del ámbito académico como de recreación y quehaceres en el hogar.
- Realizar una orientación familiar para informar la situación de la paciente donde comprendan a su hija y mejoren su estilo de comunicación.

Karen Michell Rojo Choque

Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	: Nastia F. A. C.
Sexo	: Femenino
Edad	: 21 años
Fecha Nacimiento	: 19/01 /1996
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Mormón
Lugar de Entrevista	: Consultorio
Fechas	: 12, 19, 26, 28 de Octubre y 2 de Noviembre
Evaluada	: Karen Rojo Choque

II. DIAGNÓSTICO

La paciente presenta una capacidad intelectual Normal Promedio, es de una personalidad introvertida, presenta falta de confianza en sí misma, baja autoestima, insegura, pesimista, fatiga, estrés, ansiedad, le cuesta empezar o decidir una tarea nueva, tendencia a la inestabilidad emocional, su conducta evidencia un desanimo, y dependencia afectiva, no olvida acontecimientos traumáticos que ocurrieron en una etapa importante de su vida como fue su adolescencia, le importa mucho lo que su medio le diga o piensen de ella es por ello que no es capaz de expresar sus sentimientos y se aleja de las personas, lo

que provoca la falta de solución de conflictos. Tiende a pensar negativamente sobre el futuro, culpándose de lo que le sucede en su vida, presenta también rasgos evitativos y desadaptativos de personalidad lo que en la actualidad provoca que tenga alteración en su sueño. En la adolescencia a la edad de 16 años la paciente durante el período de 1 años de la alteración, no ha estado sin síntomas expuestos anteriormente durante más de 2 meses seguidos y en la actualidad padece de tales síntomas, lo cual nos determina la presencia de un diagnóstico del trastorno del humor específicamente Distimia (**F34.1 CIE-10**) de Inicio temprano.

III. OBJETIVO GENERAL

- Brindar apoyo psicoterapéutico para la mejora del estado de ánimo y seguridad de la paciente fortaleciendo en el establecimiento de habilidades sociales con sus pares y así mejorando su bienestar psicosocial.

Los objetivos específicos por alcanzar son:

1. Reducir la activación fisiológica y hacer más accesible la consecución de los objetivos de índole cognitiva.
2. Enseñar la relación entre pensamiento-emoción conducta para que, a continuación, la persona logre identificar los procesos cognitivos desajustados, sustituyéndolos por pensamientos alternativos más adaptativos.
3. Enseñar qué es la autoestima y la importancia de la autovaloración, así como que la paciente entienda que la baja autoestima está relacionada, en gran medida, con una distorsión del pensamiento.

4. Orientar hacia el restablecimiento de sus relaciones interpersonales mediante el razonamiento sobre sus problemas de no manifestar lo que siente hacia su entorno.
5. Explicar de la importancia que tienen las emociones en la solución de problemas y de la relación existente entre la tristeza, la ansiedad y un estilo de afrontamiento desadaptativo, basado en la rumiación y en la preocupación y no en la toma de decisiones o solución de problemas.
6. Guiar a la paciente hacia la elaboración de una programación de eventos placenteros para incrementar su grado de motivación y se sienta bien consigo misma
7. Enseñar la manera apropiada de expresar lo que piensa, siente y puedan esclarecer los malentendidos que tiene con su entorno social.
8. Enseñarle a responder de una manera asertiva para evitar conflictos con sus compañeros.
9. Ayudar que la paciente tenga una actitud positiva, teniendo significancia de poder hacer y decir lo que quiere y piensa hacia las personas que les causaron mucho daño y pueda lograr perdonarlas.

IV. TÉCNICAS TERAPÉUTICA A UTILIZAR

El plan psicoterapéutico se desarrollará en cinco sesiones y se aplicarán las siguientes técnicas:

1. Relajación muscular
2. Reestructuración cognitiva
3. Entrenamiento en Solución de Problemas
4. Psicoterapia Racional

5. Reestructuración Cognitiva
6. Entrenamiento Autoafirmativo
7. Ensayo de la conducta
8. La silla vacía
9. Reestructuración Cognitiva

V. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

SESIÓN 01 y 02	ENTRENANDO MI RESPIRACIÓN
1. TÉCNICA	Entrenamiento en respiración abdominal y relajación muscular
2. OBJETIVO	Reducir la activación fisiológica y hacer más accesible la consecución de los objetivos de índole cognitiva
3. DESCRIPCIÓN	En un inicio, se comenzó practicando la respiración abdominal, enseñando a la paciente a respirar de un modo diafragmático. Se decidió, en beneficio de la paciente, retirar la técnica para continuar a lo largo de las sesiones siguientes con la técnica de relajación muscular progresiva en la versión abreviada de cuatro grupos musculares siendo éstos: fase 1. relajación de brazos; fase 2. del área facial, nuca, hombros y espalda; fase 3. pecho, estómago y vientre; y fase 4. caderas, muslos y pantorrillas, seguida de una relajación completa de todo el cuerpo. Mediante la relajación se le

	enseñó a la paciente a centrar su atención en las sensaciones de tensión y distensión de los cuatro grupos musculares con el objetivo de alcanzar una desactivación fisiológica. Dicha técnica resultó útil y beneficiosa a la paciente.
4. TIEMPO TOTAL	45min cada sesión
5. MATERIALES	Ambiente adecuado

SESIÓN 02, 03, 04	PENSAMIENTO POSITIVO
1. TÉCNICA	Reestructuración cognitiva
2. OBJETIVO	Enseñar la relación entre pensamiento-emoción conducta para que, a continuación, la persona logre identificar los procesos cognitivos desajustados, sustituyéndolos por pensamientos alternativos más adaptativos.
3. DESCRIPCIÓN	En este caso en particular, las técnicas se enfocan en reestructurar esencialmente las preocupaciones, así como a corregir creencias irracionales, sesgos cognitivos y el estilo atribucional, produciéndose así cambios en las emociones y la conducta de la paciente. Tras enseñar a la paciente a identificar los errores de

	<p>pensamiento que cometía, se le entregaba a la paciente, como tarea para casa, un autoregistro dónde debía anotar: situación, pensamiento, error de pensamiento cometido, emoción y pensamiento alternativo a dicho error. En consulta, se procede a la revisión de dicha tarea y a la discusión de aquellos pensamientos y creencias irracionales o distorsiones cognitivas que se presentaban de manera más habitual. Para ello, se utilizan una serie de preguntas que hacen cuestionar aspectos esenciales de dichas cogniciones como por ejemplo: ¿Qué evidencia y pruebas hay de ese pensamiento?; ¿Es un pensamiento cierto al 100%?; ¿Eso es así para todo el mundo?; ¿Qué evidencia o pruebas tengo en contra de mi pensamiento?; ¿En qué ocasiones el pensamiento ha mostrado no ser cierto?; ¿Qué ventajas tiene mi modo de pensar?; ¿Consigo algo pensando así?; ¿Me ayuda a solucionar mis problemas y a sentirme mejor pensar así?; ¿Hay otra forma de ver e interpretar las cosas?</p>
4. TIEMPO TOTAL	45 a 60 min cada sesión
5. MATERIALES	<p>Ambiente adecuado</p> <p>Hoja, lapicero</p>

SESIÓN 04, 05, 06	MI AUTOESTIMA
1. TÉCNICA	Psicoterapia Racional
2. OBJETIVO	Enseñar qué es la autoestima y la importancia de la autovaloración, así como que la paciente entienda que la baja autoestima está relacionada, en gran medida, con una distorsión del pensamiento.
3. DESCRIPCIÓN	<p>Se trabajó en los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Convertir lo negativo en adaptativo: pensando en términos realistas, invertir los pensamientos negativos por otros más adaptativos, ejemplo: tengo éxito cuando me lo propongo en lugar de no valgo para nada. -No generalizar: no generalizar a raíz de aquellas experiencias negativas en ciertos ámbitos de la vida y aceptando el haber cometido errores en ciertos aspectos. -Centrarnos en lo positivo: observación de los aspectos buenos que S., tiene y de los que puede sentirse orgullosa. Destacando que uno no puede sentirse orgulloso de lo que no hace. -Hacerse consciente de los logros o éxitos que la paciente tuvo en el pasado e intentar tener nuevos éxitos en el futuro. -No compararse: Todas las personas somos diferentes;

	<p>todos tenemos cualidades positivas y negativas.</p> <p>-Confiar en nosotros mismos: Nastia, debía aprender a confiar en sus capacidades.</p> <p>-Aceptarnos a nosotros mismos: aceptar que, con sus cualidades y defectos, es, ante todo, una persona capaz y valiosa.</p> <p>-Esforzarnos para mejorar: tratar de superarse en aquellos aspectos de nosotros mismos con los que no estemos satisfechos, cambiar esos aspectos que deseamos mejorar. Para ello, la paciente debe identificar qué es lo que le gustaría cambiar de ella misma o qué le gustaría lograr, luego establecer metas a conseguir y esforzarse por llevar a cabo dichos cambios.</p> <p>-Tener una visión equitativa entre las cosas positivas y negativas., debido a la tendencia en personas con baja autoestima a no valorar los aspectos positivos y centrarse en los negativos no como una oportunidad para aprender sino como una constatación de su incapacidad.</p>
4. TIEMPO TOTAL	45 a 60 min cada sesión
5. MATERIALES	<p>Ambiente adecuado</p> <p>Hoja, lapicero</p>

SESIÓN 07, 08, 09	MI ASERTIVIDAD
1. TÉCNICA	Psicoterapia Racional
2. OBJETIVO	Orientar hacia el restablecimiento de sus relaciones interpersonales mediante el razonamiento sobre sus problemas de no manifestar lo que siente hacia su entorno
3. DESCRIPCIÓN	<p>Se dirige hacia la paciente de una forma cordial, amigable, y luego se procede a mostrarle el uso de criterios lógicos y que mediante el uso de la razón se puede llegar a vencer cualquier problema. Explicándole así que hay dos formas de actuar: una sentimental – lógica y otra sentimental-irracional, dejándose llevar por los sentimientos. Y que es preciso manifestar lo que le molesta lo que siente porque así podrá mejorar la comunicación entre las personas que la rodean siempre dirigiéndose de una forma asertiva.</p> <p>Por último se le entrega una hoja en donde tendrá que escribir los problemas que adquirió por tener una mala comunicación con su entorno, y ella tendrá que buscar soluciones para que mejore a futuro.</p>
4. TIEMPO TOTAL	45min
5. MATERIALES	Ambiente adecuado, hoja, lapicero

SESIÓN 10, 11, 12	BUSCO SOLUCIONES
6. TÉCNICA	Entrenamiento en Solución de Problemas
7. OBJETIVO	Explicar de la importancia que tienen las emociones en la solución de problemas y de la relación existente entre la tristeza, la ansiedad y un estilo de afrontamiento desadaptativo, basado en la rumiación y en la preocupación y no en la toma de decisiones o solución de problemas.
8. DESCRIPCIÓN	De este modo, se pretende explicar a la paciente las cinco fases de la técnica: orientación hacia el problema, definición del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisión, ejecución y verificación.
9. TIEMPO TOTAL	45 a 60 min cada sesión
10. MATERIALES	Ambiente adecuado

SESIÓN 13	“MI ORGANIZACIÓN ES PRIMORDIAL”
1. TÉCNICA	Reestructuración Cognitiva
2. OBJETIVO	Guiar a la paciente hacia la elaboración de una programación de eventos placenteros para incrementar su grado de motivación y se sienta bien consigo misma

3. DESCRIPCIÓN	Conjuntamente con la paciente se procede a elaborar un programa de actividades diarias, hora por hora, ya que lo mantendrá organizada y podrá dedicar un tiempo determinado a lo que más le gusta hacer e involucrando momentos de familia para que mejore sus relaciones interpersonales con su familia y cumpliendo con sus obligaciones de estudiante. También se dejara actividades para la casa, se le indicara a Nastia que proceda a leer lecturas motivadoras por ejemplo “Chocolate para el Alma de los Adolescentes”
4. TIEMPO TOTAL	45min
5. MATERIALES	Plumones Cartulina Un agenda

SESIÓN 14 y 15	“DIGO LO QUE PIENSO SIN DAÑAR A NADIE”
1. TÉCNICA	Entrenamiento Autoafirmativo
2. OBJETIVO	Enseñar la manera apropiada de expresar lo que piensa, siente y puedan esclarecer los malentendidos que tiene con sus compañeros.
3. DESCRIPCIÓN	Se le pedirá a la paciente que nos cuente una

	<p>experiencia en la cual no haya podido expresar lo que siente ya sea por temor o porque no sabía cómo hacerlo.</p> <p>Después se realizará una escenificación en la cual ella realizará las mismas acciones y dirá lo que experimento en esa situación.</p> <p>Luego de procederá a identificar que conductas o verbalizaciones no fueron adecuadas para poder mejorarlas y después continuar escenificando en el papel de la adolescente la forma adecuada como debe expresarse en una situación como esa.</p> <p>Luego de que la Nastia haya observado cómo se realiza la conducta apropiada, la paciente tendrá que volver a escenificar de la misma forma en la que se le enseñó.</p> <p>Al finalizar la paciente tendrá que explicar cuál es la manera correcta de responder ante una situación en la que le sea difícil expresar lo que siente o piensa.</p>
4. TIEMPO TOTAL	45 a 60 min cada sesión
5. MATERIALES	Ambiente adecuado

SESIÓN 16, 17, 18	“TRABAJANDO POR UN CAMBIO”
1. TÉCNICA	Ensayo de la Conducta
2. OBJETIVO	Enseñarle a responder de una manera asertiva para

	evitar conflictos con sus compañeros.
3. DESCRIPCIÓN	<p>Antes de proceder con el desarrollo se debe limitar a un problema en una situación, y hay que escoger una situación reciente; entonces se evita que no se prolongue la parte de la representación de papeles más de uno a tres minutos. Luego la paciente representa cortas escenas que simulan situaciones de la vida real, luego se le pide que describa brevemente la situación problema real, con las respectivas preguntas, quién, como, cuando y donde son útiles para enmarcar la escena, así como para determinar la manera específica en que la adolescente quiera actuar, es importante seguir el papel que representa y que intenta seguir los pasos conductuales mientras actúa, en el caso que se salga del papel, se le señalara con firmeza que se meta otra vez en el papel.</p>
4. TIEMPO TOTAL	45 a 60 min cada sesión
5. MATERIALES	Ambiente adecuado

SESIÓN 19, 20, 21	“TE PERDONO”
11. TÉCNICA	La silla vacía
12. OBJETIVO	Ayudar que la paciente tenga una actitud positiva, teniendo significancia de poder hacer y decir lo que quiere y piensa hacia las personas que les causaron mucho daño y pueda lograr perdonarlas
13. DESCRIPCIÓN	<p>Se procede a indicarle a la paciente que delante de ella estará una silla en el cual ella imaginará que en tal silla está sentado la persona que le causó mucho dolor, se le indicará que le hable y le diga lo que quiera todo lo que piensa y siente.</p> <p>Luego se le pregunta cómo es que se sintió antes de comenzar y al culminar. Por último se procede a trabajar con el perdón, se le explica que es el perdón y se procede a ejecutarlo.</p>
14. TIEMPO TOTAL	60min cada sesión
15. MATERIALES	Una silla, Música

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El tiempo que se desarrollará el plan psicoterapéutico será de cinco meses y medio de 21 sesiones que serán realizadas una por semana de 45 a 60 minutos aproximadamente por cada una.

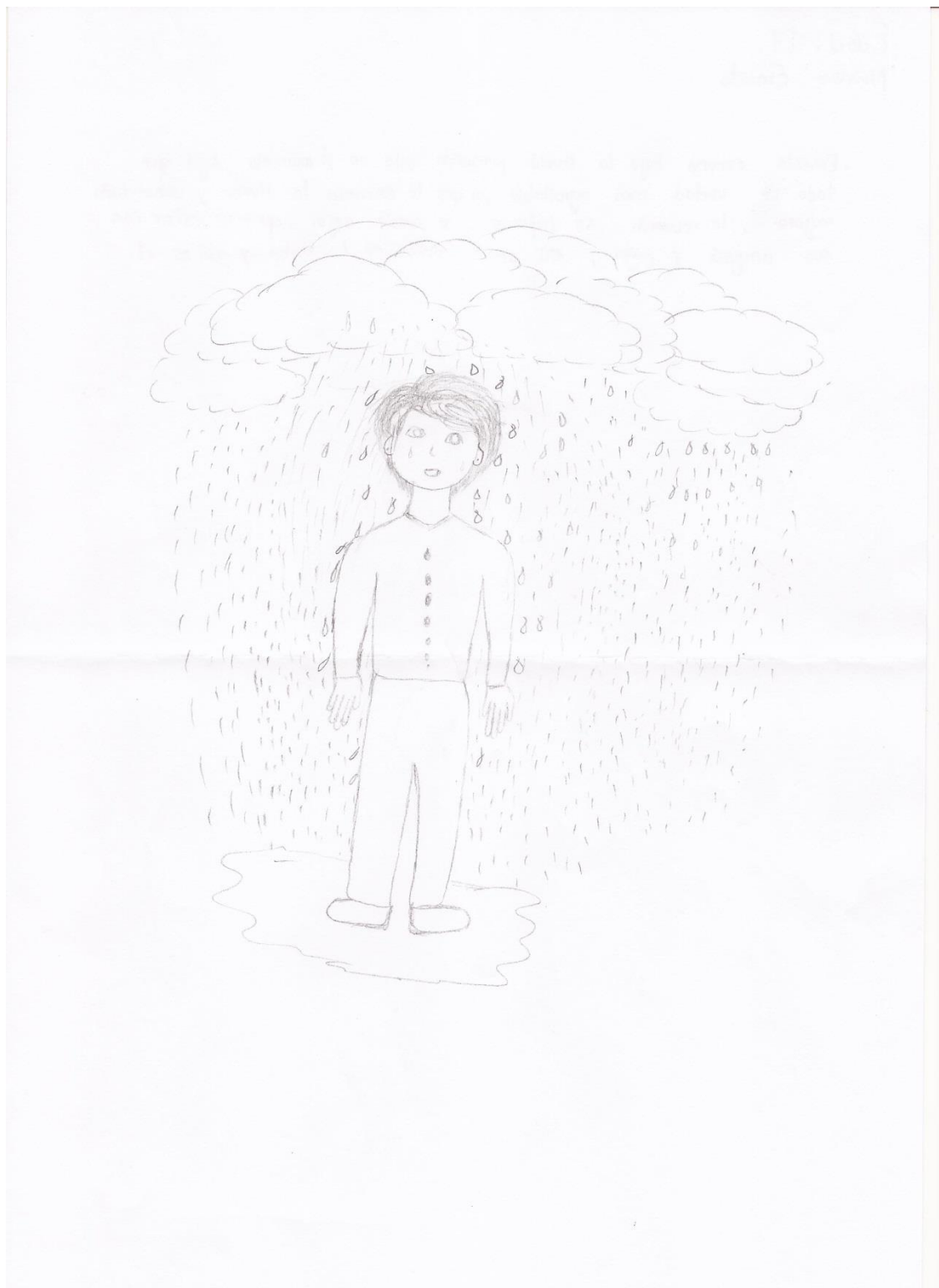
VII. AVANCES TERAPÉUTICOS

1. La paciente pudo aprender a mantener la calma ante situaciones de conflictos
2. Pudo expresar sus sentimientos de molestia hacia sus padres
3. Aprendió a realizar preguntas antes de descalificarse como persona haciéndose la pregunta ¿realmente soy...?
4. También la madre asistió a consulta la cual le ayudo a que comprenda mejor a su hija y que los lazos de confianza de ambas se incrementen
5. Se está logrando que el padre asista a consulta para una mejor comprensión de su hija
6. Se le dejó un libro sobre valoración de su persona donde en cada sesión la paciente narra que fragmento del libro se encuentra y que reflexiones ha obtenido de lo que hasta ahora ha leído

Karen Michell Rojo Choque
Bachiller en Psicología

ANEXOS

CASO CLÍNICO



INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)

MINI MULT

(Hoja de Respuesta)

Nombres y apellidos: <i>Nustia</i>			Edad: <i>21</i>		
Estado Civil: <i>Soltera</i>			Grado de Instrucción: <i>Superior</i>		
Ocupación: <i>Estudiante</i>			Fecha de Examen:		
1. <input checked="" type="radio"/> F	13. <input checked="" type="radio"/> F	25. <input checked="" type="radio"/> F	37. <input checked="" type="radio"/> F	49. <input checked="" type="radio"/> F	61. <input checked="" type="radio"/> F
2. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	14. <input checked="" type="radio"/> F	26. <input checked="" type="radio"/> F	38. <input checked="" type="radio"/> F	50. <input checked="" type="radio"/> F	62. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F
3. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	15. <input checked="" type="radio"/> F	27. <input checked="" type="radio"/> F	39. <input checked="" type="radio"/> F	51. <input checked="" type="radio"/> F	63. <input checked="" type="radio"/> F
4. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	16. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	28. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	40. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	52. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	64. <input checked="" type="radio"/> F
5. <input checked="" type="radio"/> F	17. <input checked="" type="radio"/> F	29. <input checked="" type="radio"/> F	41. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	53. <input checked="" type="radio"/> F	65. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F
6. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	18. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	30. <input checked="" type="radio"/> F	44. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	54. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	66. <input checked="" type="radio"/> F
7. <input checked="" type="radio"/> F	19. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	31. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	43. <input checked="" type="radio"/> F	55. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	67. <input checked="" type="radio"/> F
8. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	20. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	32. <input checked="" type="radio"/> F	44. <input checked="" type="radio"/> F	56. <input checked="" type="radio"/> F	68. <input checked="" type="radio"/> F
9. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	21. <input checked="" type="radio"/> F	33. <input checked="" type="radio"/> F	45. <input checked="" type="radio"/> F	57. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	69. <input checked="" type="radio"/> F
10. <input checked="" type="radio"/> F	22. <input checked="" type="radio"/> F	34. <input checked="" type="radio"/> F	46. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	58. <input checked="" type="radio"/> F	70. <input checked="" type="radio"/> F
11. <input checked="" type="radio"/> F	23. <input checked="" type="radio"/> F	35. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	47. <input checked="" type="radio"/> F	59. <input checked="" type="radio"/> F	71. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F
12. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> F	24. <input checked="" type="radio"/> F	36. <input checked="" type="radio"/> F	48. <input checked="" type="radio"/> F	60. <input checked="" type="radio"/> F	

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	0	9	3	7	11	12	11	10	14	14	7
Puntaje Equivalente	2	23	8	16	33	29	28	22	34	40	20
Añadir K				4			3		8	8	2
Puntaje Directo Corregido	2	23	8	20	33	29	31	22	42	48	22
Puntaje T	50	80	42	64	76	68	79	91	78	89	63

DIAGNÓSTICO:

[illegible]

HOJA DE RESPUESTAS EPQ - R

Nombres y Apellidos: Nasha Edad: 21 años
 Fecha de Nacimiento: 19/01/96 Estado Civil: soltero
 Fecha de Evaluación: _____ Ocupación: Estudiante
 Grado de Instrucción: _____ Evaluador: _____

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

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

PERFIL

	E	N	P	L
PD	0	23	10	3
T	25	66	64	36

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR EL PERFIL.

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

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

HC: HOJA DE CALIFICACIÓN PERFIL DEL I-CE (A)

Nombre: Nastia Edad: 21 Sexo: Femenino Grado de Instrucción: Superior
 Ocupación: Estudiante Especialidad: _____ Fecha: _____

INDICADORES DE VALIDEZ															
En el CE Total 8 o más ítems omitidos. TOTAL =															
En las Escalas: AC AR RI RS PR TE CI FE Máx. 3 ítems pueden ser omitidos. TOTAL =															
En las Escalas: CM EM FL SP OP Máximo 2 ítems pueden ser omitidos. TOTAL =															
En la Escala: AS IN Sólo un ítem puede ser omitido. TOTAL =															
Nº de ítems respondidos	023	032	041	047	056	060	085	087	100	117					TOTAL = 5
ÍNDICE DE INCONSISTENCIA	052	048	101	091	070	089	129	103	114	130					TOTAL =
Más de 12 puntos, se invalida.															
IMPRESIÓN POSITIVA (P)	PD = 16														
(5, 34, 50, 65, 79, 94, 109, 123)	Es no válido cuando el CE se encuentra dos DS por encima del promedio (130 y más)														
IMPRESIÓN NEGATIVA (O)	PD = 23														
(12, 25, 41, 57, 71, 101, 115)	Es no válido cuando el CE se encuentra dos DS por encima del promedio (130 y más)														

COMPONENTES DEL INVENTARIO EMOCIONAL DE BarOn																								
INTRAPERSONAL (CEIA) 40 ítems					INTERPERSONAL (CEIE) 29 ítems					ADAPTABILIDAD (CEAD) 26 ítems					MANEJO DEL ESTRÉS (CEME) 18 ítems					ESTADO DE ÁNIMO GENERAL (CEAG) 17 ítems				
Código	Escala	PD	CE	Código	Escala	PD	CE	Código	Escala	PD	CE	Código	Escala	PD	CE	Código	Escala	PD	CE					
A	CM (8)	17	65	F	EM (8)	26	85	I	SP (8)	22	75	L	TE (9)	21	65	N	FE (9)	23	65					
B	AS (7)	12	65	G	RI (11)	27	65	J	PR (10)	22	65	M	CI (9)	25	100	O	OP (8)	17	65					
C	AC (9)	17	65	H	RS (10)	34	87	K	FL (8)	24	87													
D	AR (9)	19	65																					
E	IN (7)	21	80																					
TOTAL = 86					TOTAL = 87					TOTAL = 68					TOTAL = 56					TOTAL = 40				

OBSERVACIONES		COMPONENTES		CE	
		CEIA	PD	CE	
		CEIE	PD	CE	
Para calcular el CE Interpersonal reste los valores de los ítems: 55, 61, 72, 98, 119.		(-)	71	69	
		CEAD	CEME	CEAG	
		56	92	40	
Para calcular el CE Total reste los valores de los ítems 11, 20, 23, 31, 35, 62, 88, 108.		321	(-)	16	

Pautas de Interpretación

Puntajes Estándar	Pautas de Interpretación
130 y más	Capacidad emocional muy desarrollada: Marcadamente alta. Capacidad emocional inusual.
115 a 129	Capacidad emocional muy desarrollada: Alta. Buena capacidad emocional.
86 a 114	Capacidad emocional adecuada: Promedio.
70 a 85	Necesita mejorar: Baja. Capacidad emocional por debajo del promedio.
69 y menos	Necesita mejorar: Muy baja. Capacidad emocional extremadamente por debajo del promedio.

HOJA DE RESPUESTAS DEL INVENTARIO EMOCIONAL BarOn

Nombre: Núria Edad: 21 años Sexo: Femenino Grado de Instrucción: Superior
 Ocupación: Estudiante Especialidad: _____ Fecha: _____

Escoge UNA de las 5 alternativas:

1	2	3	4	5	Con mucha frecuencia o siempre es mi caso
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
19	1	2	3	4	5
20	1	2	3	4	5
21	1	2	3	4	5
22	1	2	3	4	5
23	1	2	3	4	5
24	1	2	3	4	5
25	1	2	3	4	5
26	1	2	3	4	5
27	1	2	3	4	5
28	1	2	3	4	5
29	1	2	3	4	5
30	1	2	3	4	5
31	1	2	3	4	5
32	1	2	3	4	5
33	1	2	3	4	5
34	1	2	3	4	5
35	1	2	3	4	5
36	1	2	3	4	5
37	1	2	3	4	5
38	1	2	3	4	5
39	1	2	3	4	5
40	1	2	3	4	5
41	1	2	3	4	5
42	1	2	3	4	5
43	1	2	3	4	5
44	1	2	3	4	5
45	1	2	3	4	5
46	1	2	3	4	5
47	1	2	3	4	5
48	1	2	3	4	5
49	1	2	3	4	5
50	1	2	3	4	5
51	1	2	3	4	5
52	1	2	3	4	5
53	1	2	3	4	5
54	1	2	3	4	5
55	1	2	3	4	5
56	1	2	3	4	5
57	1	2	3	4	5
58	1	2	3	4	5
59	1	2	3	4	5
60	1	2	3	4	5
61	1	2	3	4	5
62	1	2	3	4	5
63	1	2	3	4	5
64	1	2	3	4	5
65	1	2	3	4	5
66	1	2	3	4	5
67	1	2	3	4	5
68	1	2	3	4	5
69	1	2	3	4	5
70	1	2	3	4	5
71	1	2	3	4	5
72	1	2	3	4	5
73	1	2	3	4	5
74	1	2	3	4	5
75	1	2	3	4	5
76	1	2	3	4	5
77	1	2	3	4	5
78	1	2	3	4	5
79	1	2	3	4	5
80	1	2	3	4	5
81	1	2	3	4	5
82	1	2	3	4	5
83	1	2	3	4	5
84	1	2	3	4	5
85	1	2	3	4	5
86	1	2	3	4	5
87	1	2	3	4	5
88	1	2	3	4	5
89	1	2	3	4	5
90	1	2	3	4	5
91	1	2	3	4	5
92	1	2	3	4	5
93	1	2	3	4	5
94	1	2	3	4	5
95	1	2	3	4	5
96	1	2	3	4	5
97	1	2	3	4	5
98	1	2	3	4	5
99	1	2	3	4	5
100	1	2	3	4	5
101	1	2	3	4	5
102	1	2	3	4	5
103	1	2	3	4	5
104	1	2	3	4	5
105	1	2	3	4	5
106	1	2	3	4	5
107	1	2	3	4	5
108	1	2	3	4	5
109	1	2	3	4	5
110	1	2	3	4	5
111	1	2	3	4	5
112	1	2	3	4	5
113	1	2	3	4	5
114	1	2	3	4	5
115	1	2	3	4	5
116	1	2	3	4	5
117	1	2	3	4	5
118	1	2	3	4	5
119	1	2	3	4	5
120	1	2	3	4	5
121	1	2	3	4	5
122	1	2	3	4	5
123	1	2	3	4	5
124	1	2	3	4	5
125	1	2	3	4	5
126	1	2	3	4	5
127	1	2	3	4	5
128	1	2	3	4	5
129	1	2	3	4	5
130	1	2	3	4	5
131	1	2	3	4	5
132	1	2	3	4	5
133	1	2	3	4	5