

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RR.II. Y CIENCIAS DE LA
COMUNICACIÓN**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“RELACIÓN ENTRE INTELIGENCIA Y AUTOESTIMA EN
ADULTOS MAYORES DE LA CASA DEL ADULTO MAYOR DE
CERRO COLORADO, 2017”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE:**

PSICÓLOGAS

**TESIS PRESENTADA POR LAS
BACHILLERES:**

**QUISPE OCSA, ISABEL ROSARIO
SULLA TAIPE, YANET LUCILA**

AREQUIPA – PERÚ

2017

PRESENTACIÓN

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

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

**SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
SEÑOR(A) PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR**

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Nos es grato dirigirnos a ustedes con el propósito de presentar y poner a vuestra consideración el trabajo de tesis “RELACIÓN ENTRE INTELIGENCIA Y AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES DE LA CASA DEL ADULTO MAYOR DE CERRO COLORADO 2017” con el cual pretendemos obtener el título profesional de psicólogas.

Esperamos que la presente investigación contribuya al conocimiento y sirva de partida para futuras investigaciones que permitan profundizar el tema, así como corroborar los resultados presentados, así mismo realizar la participación del Psicólogo en centros de apoyo para adultos mayores.

Arequipa, diciembre del 2017

Los Bachilleres en Psicología:

**ISABEL ROSARIO QUISPE OCSA
YANET LUCILA SULLA TAIPE**

DEDICATORIA

*A mis padres Claudio Quispe y
Jesusa Ocsa por ser mi mayor
inspiración para la realización de
todos mis anhelos y por apoyarme
siempre.*

Isabel

*A mi abuelita María por ser la persona
que me transmitió su sabiduría a través
de narraciones orales y por brindarme
siempre su afecto y cuidados.*

Yanet

AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos la oportunidad de ser mejores personas cada día.

*A nuestra Alma Mater, la Universidad Nacional de San Agustín, a la
Escuela Profesional de Psicología y a cada uno de los catedráticos que nos
brindaron toda
su experiencia, conocimiento y profesionalismo.*

*A nuestros padres por darnos tanto amor y apoyarnos incondicionalmente;
por confiar en nosotras y así transmitirnos la perseverancia y las ganas para
concretar
todos nuestros proyectos. ¡Gracias por todo!*

*A la Municipalidad de Cerro Colorado y la Casa del Adulto Mayor por su
apoyo para poder llevar a cabo la presente investigación.*

*Para todos ellos, nuestra gratitud. En rigor, todos y cada uno de los antes
mencionados son coautores de este gran trabajo.*

Isabel y Yanet.

RESUMEN

“Relación entre Inteligencia y Autoestima en Adultos Mayores de la Casa del Adulto Mayor de Cerro Colorado, 2017”, es el tema que les presentamos a continuación con el fin de contribuir en el bienestar y posterior desarrollo del Adulto mayor.

El término adulto mayor es reciente, y que se da en toda persona que tiene más de 60 años de edad, o también llamados de la tercera edad. En nuestra sociedad actual a través de los avances en tecnología como medicina se está logrando que la vida de las personas se prolongue, y por ende vivan más tiempo, por lo que se debe de tomar importancia a las personas que llegan a edades avanzadas para que no se sientan desplazadas sino parte de esta sociedad y poder brindar conocimiento a través de sus vivencias y conocimientos adquiridos a lo largo de su vida, por tanto para los actuales gobiernos está cobrando importancia programas en pro del adulto mayor que lo ayuden a aceptar y asimilar la etapa en la que se encuentran, como también brindarles ayuda para aquellos quienes lo requieran.

La presente investigación buscamos identificar la relación entre Inteligencia y Autoestima en adultos mayores de la casa del adulto mayor de Cerro colorado 2017, buscando evaluar el nivel inteligencia y autoestima y a su vez busca relacionar ambas variables según su sexo. Esta investigación es de tipo cuantitativa, puesto que se recogió y analizo datos numéricos sobre variables que son los niveles inteligencia y autoestima; con un diseño descriptivo correlacional transversal porque se indaga la incidencia de los niveles de inteligencia y autoestima de la casa del adulto mayor. Se contó con la participación de 60 de los asistentes a la casa del adulto mayor puesto que de acuerdo a nuestros criterios de inclusión y exclusión, solo quedaron esta cantidad que participó voluntariamente.

Se concluyó que no existe relación alguna entre inteligencia con ninguna de las categorías de autoestima y que por ello se corrobora la hipótesis nula; en tanto no se vinculan tampoco en términos generales la autoestima y la inteligencia.

Estos resultados nos permiten evidenciar que, a pesar de no poseer una capacidad intelectual promedio en los adultos mayores, estos pueden desenvolverse en un entorno se cual fuere, y que la autoestima de los adultos mayores es promedio a pesar de que muchas veces se crea que va en decremento.

Palabras clave: *Inteligencia, autoestima, adulto mayor.*

ABSTRACT

"Relationship between Intelligence and Self-esteem in Older Adults of the House of the Elderly of Cerro Colorado, 2017", is the subject that we present below in order to contribute to the well-being and subsequent development of the Elderly.

The term older adult is recent, and is given to anyone who is over 60 years of age, or also called seniors. In our current society through advances in technology as medicine, people's lives are being extended, and therefore they live longer, so that people who reach advanced ages must be given importance so that not feel displaced but part of this society and be able to provide knowledge through their experiences and knowledge acquired throughout their lives, therefore for current governments is gaining importance programs for the elderly to help him accept and assimilate the stage in which they are, as well as provide help for those who require it.

The present research seeks to identify the relationship between intelligence and self-esteem in older adults of the home of the elderly of Cerro Colorado 2017, seeking to assess the level of intelligence and self-esteem and in turn seeks to relate both variables according to their sex. This research is of a quantitative nature, since it was collected and analyzed numerical data on variables that are the levels of intelligence and self-esteem; with a cross-sectional descriptive correlational design because the incidence of intelligence levels and self-esteem of the elderly home is investigated. It was attended by 60 of the attendees at the home of the older adult since according to our inclusion and exclusion criteria, only this amount was left voluntarily participated.

It was concluded that there is no relationship between intelligence with any of the categories of self-esteem and that therefore the null hypothesis is corroborated; Nor are they related in general terms to self-esteem and intelligence.

These results allow us to show that, despite not having an average intellectual capacity in older adults, these can be carried out in any environment, and that the self-esteem of older adults is average, although it is often believed that It goes in decrement.

Keywords: Intelligence, self-esteem, older adult.

INDICE

PRESENTACIÓN	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INDICE.....	VI
LISTA DE TABLAS.....	IX
LISTA DE GRÁFICOS.....	IX
LISTA DE CUADROS.....	IX
CAPITULO I.....	1
INTRODUCCIÓN	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
2. OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo general	8
2.2 Objetivos específicos.....	8
3. HIPÓTESIS	8
4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.....	8
5. LIMITACIONES DE ESTUDIO.....	10
6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	11
6.1 Inteligencia.....	11
6.2 Autoestima	11
6.3 Adulto Mayor	12
7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES	12
CAPITULO II.....	15
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	15
1. INTELIGENCIA	15
1.1. Orígenes y Antecedentes	15
1.2. Definiciones	18
2. AUTOESTIMA	23
2.1 Origen.....	23
2.2 Definición.....	25
3. ADULTO MAYOR	29

3.1. Envejecimiento	29
3.2. Adulto Mayor.....	31
3.2.1. Origen.....	31
3.2.2. Adulto Mayor según el Sexo	35
3.2.2.1. Mujeres.....	35
3.2.2.2. Hombres	36
CAPITULO III	38
MARCO OPERATIVO	38
1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	38
2. MUESTRA	39
2.1. Criterios de inclusión	39
2.2. Criterios de exclusión.....	39
3. INSTRUMENTOS.....	39
3.1. TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL TONY-2	39
3.2 INVENTARIO DE AUTOESTIMA PARA ADULTOS COOPERSMITH	46
3.3 FICHA SOCIODEMOGRAFICA.....	48
4. PROCEDIMIENTOS.....	48
CAPITULO IV.....	51
RESULTADOS	51
CAPITULO V	65
DISCUSIÓN.....	65
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS.....	72

ANEXO

ANEXO A.....	76
FICHA PERSONAL.....	76
ANEXO B.....	77
TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL Tony – 2.....	77
INVENTARIO DE AUTOESTIMA VERSION ADULTOS	79
ANEXO C.....	80
CONSENTIMIENTO INFORMADO	80

ANEXO D.....	81
OFICIO A LA MUNICIPALIDAD DE CERRO COLORADO.....	81
ANEXO E.....	82
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA CASA DEL ADULTO MAYOR.....	82

CASOS

CASO CLÍNICO 1

CASO CLÍNICO 2

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Características de los Sujetos Estudiados según sus Edades	51
Tabla 2 Características de los Sujetos Estudiados según su Estado Civil	52
Tabla 3 Características de los Sujetos Estudiados según su Grado de Instrucción	53
Tabla 4 Características de los Sujetos Estudiados según Estructura Familiar en la que viven	54
Tabla 5 Características de los Sujetos Estudiados según su Idioma.....	55

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1 Dimensiones de la Inteligencia General	56
Grafico 2 Dimensiones de la Autoestima general	57
Grafico 3 Dimensiones de la Inteligencia según su Sexo	57
Grafico 4 Dimensiones de la Autoestima según su Sexo	58

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1 Resultados de la Inteligencia y dimensiones de Sí mismo General en Autoestima en Adultos Mayores Chi Cuadrado	60
Cuadro 2 Resultados de la Inteligencia y dimensión Social de Autoestima en Adultos Mayores Chi Cuadrado	61
Cuadro 3 Resultados de la Inteligencia y dimensión Familiar de Autoestima en Adultos Mayores Chi Cuadrado	62
Cuadro 4 Resultados de la Inteligencia y Autoestima Global en Adultos Mayores Chi Cuadrado.....	63
Cuadro 5 Resultado de la Correlación entre Inteligencia y Autoestima en Adultos Mayores	64

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El término Adulto mayor es reciente, y que se da a toda persona que tiene más de 60 años de edad, o también llamados de la tercera edad. El adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos desde el punto psicológico, biológico y social; lo cual es manifiesto de haber tenido una vida plena en los ámbitos antes mencionados que permiten que al llegar a esta edad razone más sus actos y modo de proceder (Mayor, 2015).

Desde los 3 últimos gobiernos del Perú ha comenzado a ponerse énfasis en el adulto mayor dado que antes poco o nada de interés se ponía en esta etapa; para los últimos gobiernos se tomó interés al ver que la población adulta mayor ocupa un lugar en nuestra sociedad y que estuvo siendo olvidada por prejuicios como en el ámbito físico, puesto que se tiene la creencia de que un adulto mayor ya no está calificado físicamente para laborar, dejándose de lado otras de sus capacidades como son la cognitiva y la de la experiencia de vida.

Según (Frais, 2014) “la llamada tercera edad, también conocida con los términos de vejez, adultez mayor o tardía, ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase de involución y no como una auténtica etapa del desarrollo humano. Se ubica alrededor de los 60 años, asociada al evento de la jubilación laboral. Incluso hoy comienza a hablarse de una cuarta edad para referirse a las personas que pasan de los 80 años” esta misma autora señala que: “hasta hoy en día los autores estudiosos de la edad los incluyen a todos como adultos mayores o ancianos, indistintamente, y comienzan a separarlos más bien en estudios demográficos o por proyectos específicos de trabajo”.

En nuestra sociedad actual a través de los avances en tecnología como medicina se está logrando que la vida de las personas se prolongue, y por ende vivan más tiempo, por lo que se debe de tomar importancia a las personas que logren llegar a edades avanzadas para que no se sientan desplazadas sino parte de esta sociedad y poder brindar conocimiento a través de sus vivencias y conocimientos adquiridos a lo largo de su vida, por tanto para los actuales gobiernos está cobrando importancia programas en pro del adulto mayor que lo ayuden a aceptar y asimilar la etapa en la que se encuentran, como también brindarles ayuda para aquellos quienes lo requieran, puesto que no todos tienen familiares que se hagan cargo de ellos, por esto es que se brindan facilidades a quienes atraviesan esta etapa y también porque a ellos mismos les cuesta aceptar la edad que poseen y las limitaciones que viene con ello, muchas veces auto-percibiéndose como personas sin utilidad o personas limitadas por su entorno social .

El llegar a ser adulto mayor es muy complejo puesto que enfrenta retos nuevos para sí y cambios significativos que ya no le permite llevar la vida a la que estaba acostumbrado, dado que muy pocas veces nos preguntamos sobre el momento en el que empezamos a envejecer y de que se trata exactamente envejecer; sin percatarnos que debería de haber una preparación y concientización respecto de esta etapa final y crucial en la vida de todo ser humano.

Ante los cambios que presenta un adulto mayor, uno de los que más le preocupa es en cuanto a su capacidad intelectual, porque se cree que este va en decremento, creyéndose erradamente que inteligencia es solo capacidad cognitiva y no un cúmulo de capacidades que le permiten al ser humano desarrollarse en los diferentes ámbitos.

Al afrontar nuevos retos y vivencias, la autoestima en los adultos mayores, se está pensando en un envejecimiento saludable, que permita a los adultos mayores a estar insertos y seguir siendo productivos para la sociedad, como económicamente activos, con cuidados en edades tempranas previniendo futuras molestias o dolencias que pudieran perjudicarlo; de tal manera que ya no viviera resignado, si no que tuviera expectativa de esta etapa como también se le brinde facilidades de subsistencia.

Ante la problemática de que el adulto mayor se le ha desfasado en la sociedad, sin valorarse su experiencia vivencial como los conocimientos adquiridos y corroborar el estado anímico de autopercepción como el nivel intelectual de esta edad, es que surgen muchas interrogantes en torno a dicho tema, y es por ello que surge en nosotras el interés por investigar acerca del adulto mayor en cuanto a su inteligencia y autoestima en la casa del adulto mayor, buscando evidenciar si existe o no una relación entre las variables .

Ponemos a consideración la presente investigación que lleva por título **“RELACIÓN ENTRE LA INTELIGENCIA Y LA AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES DE LA CASA DEL ADULTO MAYOR DE CERRO COLORADO, 2017”**, con la cual pretendemos optar el título profesional de Psicólogas, siendo nuestro mayor deseo que los conocimientos aportados en la presente investigación, sean de utilidad para investigadores interesados en el tema, que presenta aún grandes desafíos a la psicología.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aproximadamente hace una década, la autoestima ha tomado relevancia en cuanto a su influencia en el desarrollo humano y en sus diversas etapas; dado que se ha logrado prolongar la esperanza de vida en los adultos mayores.

Las diversas investigaciones realizadas en cuanto a temas de autoestima, se han enfocado en su mayoría a tres etapas de la vida las cuales son: infancia, adolescencia y edad adulta; por lo que se evidencia que no se está tomando la debida importancia a la tercera edad y tomando en cuenta las escasas investigaciones enfocadas a dicha etapa tienen una estereotipada visión en cuanto a su desarrollo.

Dado que la forma de envejecer ha cambiado, se plantea la necesidad de pensar nuevamente en cuanto a vejez y envejecimiento, y de cómo los distintos factores siendo el de mayor relevancia la autoestima y la inteligencia, ya que influyen en su desarrollo y en el proceso de adaptación a dicha etapa.

En nuestra sociedad peruana se evidencia que ante la creciente población adulta mayor, se implementan programas de apoyo y ayuda hacia ellos mediante el estado tales como pensión 65, la cual busca brindar una ayuda económica a adultos mayores desvalidos o en condiciones bajas de recursos económicos; también tenemos el club del adulto mayor que se dan tanto en los centros de salud como en grupos parroquiales, con el fin de socializar y trabajar con los adultos mayores para mejorar sus estados de ánimo y ocuparlos en diversas actividades, donde ponen de manifiesto sus trabajos y talentos.

En cuanto a lo mencionado se halló que (Ribero Casado, 2004), señala que “Hace algunos años, investigamos las creencias de la población española referidas a la vejez. Hacíamos preguntas del tipo: «La mayor parte de los adultos mantiene un nivel de salud aceptable hasta los 65 años, aproximadamente, edad en la que se produce un fuerte deterioro de la salud», o «Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños». Pues bien, el 72,6% de la muestra encuestada (representativa de la población española mayor de 18 años) estaba de acuerdo con la primera afirmación y el 75% estaba de acuerdo con la segunda. En resumidas cuentas, es cliché muy común que la gente mayor está deteriorada, es incapaz de aprender nuevas cosas, no pueden cuidarse a sí mismos, y son desagradables y

regañas. Todas estas afirmaciones son falsas; los datos con los que contamos no avalan la existencia de un momento puntual en el que la salud se deteriore; a todo lo largo de la vida existe una amplia capacidad de aprendizaje, y la gente no cambia su personalidad cuando llega a la vejez, sino que, muy al contrario, avala el aserto de que se envejece como se ha vivido”

Sabiendo que la población de la tercera edad ha ido en aumento y en la actualidad abarca gran parte de nuestra población, siendo el 43,2% de los hogares en el Perú tienen entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad (INEI, 2017), por tanto hace surgir la necesidad de pensar nuevamente en cómo es que ahora el adulto mayor y cómo debe enfrentar este proceso de envejecer, puesto que es la etapa final de la vida; tomando en cuenta que en épocas anteriores eran pocos los privilegiados en alcanzar ciertas edades y que ahora el incremento de la esperanza de vida esta etapa se ha prolongado, y también enfrentar al cambio en diversos aspectos ya que en la actualidad debe considerarse la inserción laboral de las mujeres, disminución de la fecundidad, cambio en el tamaño de los hogares, cambio en la percepción y valores de la familia y de lo que se espera del adulto mayor en la actualidad; considerando que hoy en día también se habla acerca de la eutanasia ante la incapacidad de algunos, al no soportar tener que recibir ayuda de otros y no poder valerse por sí mismos; siendo también se debe considerar el hecho de la muerte ya que en esta última etapa es lo único que muchos esperan, olvidando que lo más importante es saber afrontar y asimilar esta etapa como parte del proceso y desarrollo del ser humano.

Dentro de la "Política Nacional de Adulto Mayor", (Comité Nacional del Adulto Mayor, 1996) se planteó como objetivo principal "lograr un cambio cultural que dé un mejor trato a la población adulta mayor", lo que implica una percepción distinta del envejecimiento con la consiguiente necesidad de crear medios para facilitar el desarrollo integral del adulto mayor y lograr el mantenimiento o recuperación de la funcionalidad de este grupo.

De acuerdo al Plan Nacional de Personas Adultas Mayores PLANPAM 2013-2017 (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables), aprobado por Decreto Supremo N° 002-2013-MIMP, precisa cuatro lineamientos de política Nacional:

1: Envejecimiento Saludable.

2: Empleo, Previsión y Seguridad Social.

3: Participación e Integración Social.

4: Educación, Conciencia y Cultura sobre el Envejecimiento y la Vejez.

Para posibilitar su ejecución, se dispone la constitución de un Comité Multisectorial, instancia de articulación y coordinación nacional sostenida entre los sectores, instituciones, gobiernos regionales y gobiernos locales. El PLANPAM ha sido formulado como servicio público descentralizado, con un enfoque de planificación por resultados para poder medir el mejoramiento de la calidad de vida de este sector. El documento técnico, publicado en El Peruano, orienta las acciones del Estado en sus niveles de gobierno central – regional - local, para beneficiar a 2 millones 800 millones personas adultas mayores con las que cuenta el país.

Actualmente en los diversos micros redes y centros de salud se lleva a cabo el club del adulto mayor del cual usualmente se encarga el área de trabajo social, buscando brindarles apoyo no solo emocional si no también ayuda en cuanto a quienes lo necesitan en otros ámbitos a través de seguimientos de cada caso.

Asimismo, entidades religiosas realizan el club del adulto mayor con la finalidad no solo de brindarles ayuda emocional, sino también aportarles ayuda humanitaria como alimentación, vestido, salud a través de entidades religiosas extranjeras; en especial entidades católicas las cuales son de servicio filantrópico y desinteresado; en muchos casos hacen seguimiento de los casos permanentemente atendiendo dentro de sus posibilidades las necesidades de los adultos mayores.

Las entidades gubernamentales y ONG's mundiales tienen preocupación por el adulto mayor implementando trabajos y una serie de actividades en pro de ellos mismos pero muchas veces masifican dichos eventos sin considerar el contexto social y origen cultural al momento de brindar ayuda o querer realizar un trabajo homogeneizando en el trato en al grupo de adultos mayores.

Así mismo (Díaz, 2008) Autoestima y autoeficacia durante el proceso de jubilación en los hombres, evidencia que a medida que la percepción de autoeficacia disminuye, así lo hace también la autoestima, lo cual denota una correlación entre estas dos variables. A pesar de que las variaciones no sean tan marcadas, existe una tendencia, la cual se explica por el hecho de que las personas,

durante el proceso de jubilación, pueden experimentar momentos de desequilibrio, al ver disminuidos sus ingresos, al perder los ambientes sociales en que funcionaban, al percibir la disminución de funciones y roles sociales, al tener que reestructurar su tiempo.

En tal sentido, el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2006, aprobó los “Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores” (Ministerio de Salud, 2006), con el objetivo de brindar un marco referencial, así como un conjunto de orientaciones que puedan constituirse en la base de las acciones para la atención integral de salud de las personas adultas mayores, capaces de satisfacer las necesidades de salud y que favorezcan un envejecimiento activo y saludable.

El envejecimiento de la población es consecuencia de la evolución de los componentes del cambio demográfico (fecundidad y mortalidad). Se define como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total. (Huenchuan, 2016).

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (OMS, 2017)

Ante tales precedentes por el trabajo que se desea realizar con adultos mayores, es que se debe considerar la autoestima en ellos ya que, de esto depende su necesidad de subsistencia como las ansias de ya no vivir; en cuanto a cómo llegan a esta etapa en el ámbito de la inteligencia y si este es igual o con cambios que podrían perjudicar su desarrollo.

Además, (Villavicencio & Rivero, 2011) Nivel de autoestima de las personas adultas mayores que acuden a los comedores de la sociedad pública de beneficencia de lima metropolitana; detectaron que la mayoría de mujeres y varones presentaban una autoestima baja, lo cual representaba al 62% de la población que acudía a comedores populares y el resto fluctuaba entre autoestima intermedia (18%) y autoestima baja 20%.

En tanto el interés por conocer es que tomamos la importancia de poder realizar nuestra investigación por ser de relevancia en el ámbito de la salud dentro del área clínica como evaluar la inteligencia y la autoestima en los adultos mayores. Por lo antes mencionado nuestra investigación nos lleva a plantearnos la siguiente interrogante:

¿Cuál será la relación que existe entre la inteligencia y la autoestima en adultos mayores de la casa del Adulto mayor de Cerro Colorado, 2017?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Identificar la relación entre la inteligencia y la autoestima en los adultos mayores de la casa del Adulto Mayor de Cerro Colorado del año 2017.

2.2 Objetivos específicos

- a) Evaluar el nivel de inteligencia que poseen los adultos mayores de la casa del adulto mayor de Cerro Colorado del año 2017.
- b) Evaluar el nivel de la autoestima en los adultos mayores de la casa del adulto mayor de Cerro Colorado del año 2017.
- c) Relacionar la inteligencia en los adultos mayores según su sexo de la casa del adulto mayor de Cerro Colorado del año 2017.
- d) Relacionar la autoestima en los adultos mayores según su sexo de la casa del adulto mayor de Cerro Colorado del año 2017.

3. HIPÓTESIS

H1: El nivel de inteligencia va en relación al nivel de autoestima en los adultos mayores.

H0: El nivel de inteligencia no va en relación al nivel de autoestima en los adultos mayores.

4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La etapa de la senectud actualmente está tomando relevancia ya que la esperanza de vida se está prolongando; por tanto, ello permite que realicemos nuevas proyecciones y alternativas ante esta situación, puesto que el ser humano al tener

mayor periodo de vida, requiere formas de ocupar su tiempo y ante esta fase afronta nuevos retos los cuales le cuesta realizar, porque muchas veces los problemas de salud, el desconocimiento en cuanto a esta etapa no les permite continuar desarrollándose y solo se limitan a tener una vida sedentaria en su mayoría. Asimismo, el entorno en el que se encuentran influye sobre sus creencias acerca de la vejez, dado que la mayoría cree que es una dulce etapa en la que sólo se espera la muerte y que se deja de lado todo tipo de actividad, debiendo ser lo contrario.

Al indagar acerca del tema, se evidenció que son escasas las investigaciones en nuestro entorno las cuales se relacionan con nuestro tema; ya que se encontraron pocas investigaciones relacionadas con adultos mayores tanto en nuestra facultad como en otras áreas de la salud.

Nuestra intención a través de la presente investigación es evidenciar la realidad de los adultos mayores para que así se brinde información y se realicen futuras investigaciones respecto al tema.

La población global está en proceso de envejecimiento. En el año 2006, casi 500 millones de personas en todo el mundo tenían 65 años o más y el aumento neto anual es de más de 850 000 cada mes. Se estima que, en el año 2030, la población total de ese grupo de edad ascenderá a un billón de miembros, uno de cada ocho habitantes del planeta. Los incrementos más rápidos se verán en los países en vías de desarrollo, donde ahora vive 60% de las personas mayores del planeta. Se espera que la población mayor de esos países experimente un salto de 140% citado por Papalia D. (2012, Dobriansky, Suzman y Hodes, (2007); Kinsella y Phillips, 2005)

El envejecimiento de la población es resultado de la disminución de la fertilidad acompañada por el crecimiento económico, una mejor nutrición, estilos de vida más sanos, mejor control de las enfermedades infecciosas, agua e instalaciones de salubridad más seguras, y el avance en la ciencia, la tecnología y la medicina citado por Papalia D. (2012) Administration on Aging, 2003; Dobriansky, (2007); Kinsella y Velkoff, 2001)

Durante la vejez muchos adultos mayores se sienten vulnerables, dado que ya no poseen la fuerza física que tenían en su juventud; sienten que pierden importancia

ante su familia, puesto que ya no son aportadores económicos, que por el declive en su salud pueden entorpecer la vivencia de las personas de su entorno, decremento en la capacidad funcional, la exposición a hábitos nocivos.

De acuerdo a la (OMS, 2017) entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%; por tanto, debemos tener presente que, ante el aumento de la población de adultos mayores, se deben tomar medidas que permita y facilite su calidad de vida.

En cuanto a las causas de la mortalidad de adultos mayores según las (OMS, 2017) se debe a cardiopatías, diabetes y cáncer; por tanto, se requiere prevención de salud en cuanto a la posibilidad de sufrir una de estas enfermedades o medidas que ayuden a evitar tales males.

Partimos de ahí que la presente investigación ayudará a contribuir en cuanto a conocimientos de acuerdo a los hallazgos encontrados respecto al tema.

Por tanto, resulta necesario realizar este tipo de investigación con la finalidad de conocer el panorama actual sobre la población adulta mayor, a la par cómo se desarrolla la autoestima y la inteligencia durante esta etapa y detectar si hay repercusión la una sobre la otra y de cómo intervenir en estos dos factores en favor de los adultos mayores.

El papel fundamental del psicólogo frente a esta situación, es la promoción y prevención de salud, como el de brindar acciones que contribuyan en esta fase con el fin de que la senectud, sea una etapa placentera y agradable.

Resulta necesario que en el entorno de salud y sobre todo en el área de psicología se tenga conocimiento de la realidad de esta población, para brindar estrategias y herramientas, con las cuales se tome conciencia de esta fase sobre los cambios y problemática a los que se ven expuestos.

5. LIMITACIONES DE ESTUDIO

Para la realización de la presente investigación se nos presentaron las siguientes limitaciones:

El hecho de que muchos de nuestros evaluados hablaban otros idiomas como quechua y aymara; con respecto al quechua, nosotras les hablamos en quechua a

los quechuaparlantes, por lo que nos facilitó la comunicación con ellos y poder tener un nivel de confianza dado que se sentían identificados; no siendo así con los aymara parlantes puesto que ellos también pedían que se les hable en su idioma, pero nosotras desconocemos dicho idioma; por lo que dificultó la comunicación con ellos.

Al ser nuestros evaluados en su mayoría iletrados, se les tuvo que leer y explicar al momento de evaluarlos, por lo que ello requirió más tiempo de lo debido, lo que no sucedió con las pocas personas letradas del grupo las cuales ellos mismos resolvieron de inmediato las evaluaciones sin mayor complejidad.

Muchos de nuestros participantes por ser iletrados carecían de nivel de instrucción por lo que algunos términos de las preguntas les era ajeno; ante ello se les tenía que explicar o poner ejemplos y que así pudieran entender.

6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

6.1 Inteligencia

Así pues, según el Walter y Gardner, 1983 citado (Brown, Sherbenou, & Johnsen, 2009)), “la inteligencia es una aptitud o conjunto de aptitudes que permite a un individuo resolver problemas o inventar productos. La aptitud para resolver problemas permite al sujeto aproximarse a una situación en la que hay un objetivo, localizando y siguiendo los caminos adecuados para ello.

6.2 Autoestima

La conceptualiza como la evaluación que una persona realiza y que mantiene comúnmente sobre sí mismo, se expresa a través de sus actitudes de aprobación o desaprobación, indicando el grado en que cada persona se considere capaz, significativa, competente y exitosa. Añade además que no está sujeta a cambios transitorios, sino más bien es estable al tiempo aceptado que en determinados momentos se dan ciertos cambios, expresado en las actitudes que toma sobre sí mismo Coopersmith, 1969 citado (Coopersmith, 2006).

6.3 Adulto Mayor

La Organización Mundial de la Salud considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados. Estas diferencias cronológicas obedecen a las características socio-económicas que tienen unos y otros países (OMS, 2017).

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

Variables		Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Nivel
Variable Principal	Inteligencia	Capacidad de los adultos mayores para la habilidad de razonar, planear, resolver problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender rápidamente y aprender de la experiencia		Muy superior	
				Superior	
				Por encima del promedio	
				Promedio	
				Por debajo del promedio	
				Inferior	
				Muy inferior	
Variable secundaria	Autoestima	La evaluación que hace de sí mismo los adultos mayores expresando una actitud de aprobación o desaprobación e indica la extensión en la cual el individuo se cree capaz, significativo y exitoso		Sí mismo: el cual refiere a las actitudes que presenta el sujeto frente a su auto percepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.	Alto
				Familiar expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.	Promedio

				Social se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos. Así como sus referentes a las vivencias en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a su satisfacción de su rendimiento académico o profesional.	Bajo
Variable intervinientes	Sexo	El sexo que poseen los adultos mayores	Masculino		
			Femenino		
	Edad	Rango de edad que poseen los adultos mayores	60- 69 años		
			70 a 79 años		
			80 a más años		
	Estado civil	El estado civil que poseen los adultos mayores	Soltero		
			Casado		
			Divorciado		
			Viudo		
			Conviviente		
	Grado de instrucción	Grado de estudios que haya alcanzado los adultos mayores	Sin instrucción		
			Primaria incompleta		
			Primaria completa		
			Secundaria incompleta		
			Secundaria completa		
			Técnico incompleta		
			Técnica completa		
			Superior incompleta		
			Superior completa		
	Estrutura	Son las personas con quienes viven los adultos mayores	Pareja		
			Pareja e hijos		

			Solo hijos		
			Solos		
			Otros (nietos)		
	Idioma	Lengua materna que poseen los adultos mayores	Castellano		
			Quechua		
			Castellano y Quechua		
			Castellano y Aymara		

CAPITULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. INTELIGENCIA

1.1. Orígenes y Antecedentes

Desde los orígenes de la historia y de la aparición del ser humano sobre la faz de la tierra, siempre existió la necesidad en el ser humano de exteriorizar aquello que sentía o pensaba y con el simple hecho de trazar una línea en la tierra con una rama, inicio el proceso del ser humano por manifestarse y así pasar de ello tan simple a los dibujos en las paredes, grafismos y escritura con significado claro y preciso que permitía así perpetuar los conocimientos adquiridos hasta el momento.

Siempre fue inherente al ser humano la capacidad de expresarse, así también la necesidad de aprensión y asimilación para su subsistencia y por ende adquirir conocimientos los cuales serían perpetuos no solo para sí, sino también para generaciones futuras y más aún su propia descendencia; primero a través de tradiciones orales, posteriormente con grafismos que se convertirían en escritura la cual permitiría la transmisión de conocimientos en las grandes culturas a las que por esto se les permitía tener una vida más cómoda a diferencia de otros pueblos los cuales no presentaban dichos conocimientos . Las más grandes culturas a nivel mundial como los egipcios, griegos entre otros destacaron en su época por su esplendor intelectual y los conocimientos que hasta hoy persisten y son empleados;

elementalmente fue todo lo antes mencionado lo que dio inicio y fue cimiento de nuestra actual civilización ya que al adquirir conocimientos le permite desarrollar mayores conocimientos aun y por ende la capacidad de evolución que poseemos.

Tomando en cuenta que el ser humano desde que empezó a razonar y por ende pensar se vio inmerso, en un mundo en el que debía lidiar con un entorno agreste, no solo por la fauna y flora si no por otros seres como él que también deseaban, un entorno más llevadero y que les permitiera comodidades. Ante tal situación se vio obligado a usar su ingenio, como también su capacidad intelectual para así transformar dicho entorno en un lugar habitable, que a su vez le permitiera convivir con otros seres humanos en armonía y que pudiesen socializar.

Viéndose el ser humano siempre en búsqueda de satisfacer sus necesidades y de que a su vez le permitiera comodidad, siempre tendió a buscar soluciones a los problemas diarios como también dar respuestas a situaciones comunes como extraordinarias, para lo cual debía de poner en práctica su capacidad de raciocinio; procurando siempre dar una respuesta viable o que indique el motivo del suceso.

Ya habiendo logrado civilizaciones notables, llegaba el momento de crear elementos o implementos que permitieran mejoras para sí, por lo que también tuvo que recurrir a los conocimientos ya adquiridos y a las necesidades de la época, el ser humano siempre procuro adaptarse al momento y al lugar en el que residía por lo que debía enfrentar cambios climáticos severos, como también climas muy difíciles, lo cual hacia que se adecuara a tales circunstancias.

Determinar que es la inteligencia o en todo caso a que se refiere con inteligencia, ha sido un tema controversial, puesto que inteligencia muchas veces se limitó a determinar como la capacidad cognoscitiva que el ser humano posee en menor, mayor cantidad o que simplemente algunos no la poseían.

Siendo incluso hoy una incógnita de que a quienes debe determinarse inteligentes , ya que esto siempre se ligó al éxito personal y sobre todo económico acorde a sus diferencias individuales; puesto que ante la sociedad una persona con innumerables propiedades asimismo con conocimientos era considerada inteligente , pues se creía que sabía cómo manejarse económicamente, obviando muchos otros aspectos como: madurez emocional, capacidad de resolución de problemas, diversas habilidades manuales como corporales, etc; entre los que postulan por esta teoría se encuentra William Graham Sumner citado por (Lafay, 2013)(finales del siglo XIX) el cual indica que: “Los millonarios son el producto de la selección natural; gracias a esta

selección, la riqueza-tanto la propia como la que le es confiada-crece en sus manos. Pueden ser considerados, con justicia, como los agentes naturalmente seleccionados para cierto trabajo. Cobran salarios elevados y viven lujosamente, pero son un buen negocio para la sociedad” por tanto ante la mención de Graham corrobora lo antes mencionado. (Lafay, 2013)

Durante muchos siglos se consideró como estúpidos e idiotas a aquellas personas que eran incapaces de desarrollarse académica y socialmente y por ende eran segregados por la sociedad como también en muchas ocasiones por sus propias familias; el famoso psiquiatra Jean Esquirol en 1838 citado por (Gomez & Nuñez, 2009) propuso varios niveles de retardo mental y asimismo propuso: que “los idiotas eran individuos que nunca desarrollaron sus capacidades intelectuales”

También se relacionó inteligencia a la raza ya que en aquel entonces tanto indígenas, como negros y chinos se les consideraba inferiores en todos los ámbitos y más aún en lo intelectual por lo que se les apartaba tanto por su raza e inteligencia; uno de los principales defensores de tal postulados es Terman quien simpatizaba con el “eugenismo”, y en 1916 dice: “los niños de padres exitosos y cultos obtienen puntajes más elevados que los que provienen de hogares desdichados e ignorantes, por lo sencilla razón de que su herencia es mejor”, “entre las familias hispano- indias y mexicanas del sudeste y asimismo entre los negros. Su torpeza parece de origen racial. No es posible actualmente convencer a la sociedad de que impedírseles el reproducirse, aunque desde un punto de vista eugénica, constituye un grave problema por su desusada y prolífica tasa de procreación.

Ante esta afirmación, se corrobora que erradamente se unía raza a inteligencia; dejando de lado las capacidades individuales y la resiliencia, que cada persona posee; asimismo omite las oportunidades que tenían dichas etnias o razas ante la educación y la economía, tomando en cuenta que en aquella época la educación como las oportunidades eran muy limitadas para aquellas personas que no eran de raza blanca. Por tanto, los acaudalados de aquella época se jactaban de que la ciencia les designara como personas de gran inteligencia por su condición económica, por lo que valían de ello para vanagloriarse de su capacidad intelectual.

Desde el surgimiento de la psicología, esta ha tratado de dar un concepto general o al menos un concepto que logre acercarse a lo que es inteligencia, no lográndolo hasta

el momento, dado que cada autor difiere del otro en cuanto a conceptualarla. Hasta 1970 solo se aceptaba como inteligencia al elemento cognitiva, y es que en se entonces se realizaron muchos de los test de inteligencia pero que generaron controversia, a tal punto que muchos colegios no permitieron que se les evaluaron a los niños de su instituciones pues consideraban que los resultados eran erráticos por el único componente tomado en cuenta, se narra que incluso muchos realizaron quemas públicas de dichos test en rechazo a los resultados y la forma de dichos elementos de evaluación .

Actualmente hay autores que postulan acerca de que no solo hay un tipo de inteligencia que usualmente es la académica si no que se manifiesta de tipos de inteligencia y múltiples habilidades las cuales si bien es cierto diferencian a los seres humanos, de igual modo les permite alcanzar el éxito y obtener logros personales, sin ser necesariamente ligados a la cognición u otros capacidades académicas, dado que el ser humano actualmente no solo está inmerso en instituciones académicas si no en instituciones las cuales les permite desarrollar diversas destrezas en las que destacan .

1.2. Definiciones

Desde el punto de vista etimológico, la palabra “*inteligencia*”, proviene del latín, “*intellegentia*”, que a su vez proviene de “*intellegere*”, término compuesto de inter “entre y *legere* “leer, escoger”, por lo que etimológicamente, inteligente es quien sabe escoger. (Almarche, 2012)

La palabra inteligencia fue introducida por Cicerón para significar el concepto de capacidad intelectual.

Su espectro semántico es muy amplio, reflejando la idea clásica según la cual, por la inteligencia el hombre es, en cierto modo, todas las cosas. (Almarche, 2012)

En 1994, en Estado Unidos se reunieron cincuenta y dos investigadores de “*Mainstream Science on Intelligence*”, que al definir dicho concepto concluyeron con la siguiente definición:

“Una capacidad mental muy general que, entre otras cosas, implica la habilidad de razonar, planear, resolver problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender rápidamente y aprender de la experiencia. No es un mero aprendizaje de los libros, ni una habilidad estrictamente académica, ni un talento

para superar pruebas. Más bien, el concepto se refiere a la capacidad de comprender el propio entorno". (Almarche, 2012).

Lo que señala, es que tratando de dar una concepción lo más cercana a lo que es INTELIGENCIA, es que se trató de englobar los diversos conceptos que se tiene a cerca de ella, dado que sería injusto encasillar el termino en un solo ámbito y no darle la concepción más próxima, tomando en cuenta todo aquello que abarca dicho término y a lo que pueda referirse tanto en situaciones, contexto y cultura.

Para *Francis Galton* (1822-1911) antropólogo, geógrafo, explorador, inventor, meteorólogo y estadístico británico que introdujo en el año 1892 el concepto de Inteligencia en la psicología, definiéndola como "Una aptitud general superior que explica un conjunto de aptitudes especiales". Galton creía que la inteligencia se determinaba fundamentalmente por la herencia. En la actualidad aun algunos creen de que la capacidad intelectual es heredada de la madre y que esta es determinante para el hijo o hija; asimismo se cree que en ocasiones supera la carga genética de uno de los progenitores, el cual determina la capacidad intelectual o deficiencia en el hijo o hija; asimismo al ser tomado por Galton como una aptitud superior, se evidencia que esto podría ser una manifestación de superioridad sobre los demás y que quien tuviese dichas aptitudes, tenía superioridad frente al resto de las personas de su entorno. (Sanz, 2013)

Alfred Binet (1857-1911) Fue un psicólogo y pedagogo francés conocido por su esencial contribución a la medición de la inteligencia al diseñar el primer test de predicción del rendimiento escolar, en colaboración con Théodore Simon, comparando los resultados del niño cuya capacidad quería medir con los resultados medios de los niños de su edad. Su objetivo era identificar a los estudiantes que necesitaban apoyo extra con el fin de mejorar la educación. Según Binet "La inteligencia es la habilidad para tomar y mantener determinada dirección, adaptarse a nuevas situaciones y tener la capacidad para criticar los propios actos". Con respecto a lo mencionado por Binet, se evidencia el énfasis que hace en cuanto a la toma de decisiones y la autocrítica que cada cual puede hacer respecto hacia sí mismo; tomando en cuenta el concepto, evidenciamos que para Binet la inteligencia no se centraba en la capacidad cognitiva sino que tomaba en cuenta otras áreas que eran del diario vivir y que para él eran más determinantes en el desarrollo humano y su proceso , para su supervivencia, como también para su socialización; por lo que

podríamos decir que el fin de realizar un test de medición para Binet, era con fines altruistas dado que deseaba identificar a aquellos que requerían ayuda en cuanto al ámbito académico, para poder brindarles el apoyo que requerían y así mejorar en lo académico. (Sanz, 2013)

Lewis Madison Terman (1877-1956) psicólogo estadounidense de la universidad de Stanford, fue el creador del primer test de inteligencia utilizado ampliamente en Estados Unidos. Para ello revisó la escala original de Binet-Simon y creó la Escala de Inteligencia de Stanford-Binet que se encuentra ya en su quinta edición y sigue siendo ampliamente utilizada. La prueba mide cinco factores ponderados y consta de dos sub-pruebas verbales y no verbales. Los cinco factores que se ponen a prueba son el conocimiento, razonamiento cuantitativo, procesamiento visual-espacial, memoria de trabajo, y razonamiento fluido. También definió la inteligencia como “La capacidad para pensar de manera abstracta”. (Sanz, 2013)

Terman aprobó la sugerencia de William Stern de que se aceptara como Cociente de Inteligencia CI la fórmula $(\text{edad mental} / \text{edad cronológica}) * 100$, aunque la mayoría de los test de inteligencia modernos calculan el cociente de inteligencia por la desviación a la media de la población (CI = 100). Terman también puso en marcha en 1921 un programa a largo plazo para el estudio de los niños superdotados, que definió como el 2% superior de la población en inteligencia. Por lo que podemos inferir que Terman se basó ya en un concepto más amplio de inteligencia para realizar su test, procurando abarcar más campos en los que se desarrolla el ser humano, por ende, es que este test es más completo como también es más fiable en cuanto a resultados se trata. (Sanz, 2013)

En tanto David Wechsler (1896 -1981) psicólogo estadounidense que desarrolló las posteriores escalas que medían la inteligencia y que actualmente son bien conocidas, como la *Wechsler Adult Intelligence Scale* y definió la inteligencia como “la capacidad global de actuar con un propósito, de pensar racionalmente y de enfrentarse de manera efectiva con el ambiente”. Las escalas de Wechsler siguen siendo ampliamente utilizadas en todo el mundo. Wechsler al igual que Terman pretendía realizar una escala en la que se tomase en cuenta diversos aspectos de inteligencia, asimismo tipificarlo por edades para tener resultados más concretos;

asimismo al tomar a la inteligencia como una capacidad global manifiesta todo aquello que abarca la inteligencia sin desmerecer ningún ámbito. (Sanz, 2013)

Jean Piaget (1896 – 1980) fue un epistemólogo, psicólogo y biólogo suizo, creador de la epistemología genética, famoso por sus aportes al estudio de la infancia y por su teoría constructivista del desarrollo de la inteligencia. Para Piaget “La inteligencia es un término genérico para designar al conjunto de operaciones lógicas para las que está capacitado el ser humano, yendo desde la percepción, las operaciones de clasificación, substitución, abstracción, etc. hasta -por lo menos- el cálculo proporcional”. (Sanz, 2013)

Por otro lado, podemos mencionar que a través del conocimiento de la inteligencia, podemos predecir algunos indicadores sobre la forma de desempeñarse de las personas en muy diversos dominios, como el éxito en el matrimonio, manejar un coche en el tráfico y por supuesto el desempeño en el trabajo y el rendimiento académico (Demetriou, 2002) siendo que se concibe la repercusión que tiene la inteligencia en nuestras actividades diarias; por lo que es menester prestar atención al desarrollo y formación de la inteligencia en el ser humano con propósitos de adaptación como de capacidad de discernir.

La variedad de enfoques y teorías que existen para estudiar y definir la inteligencia, reflejan la riqueza y la complejidad de la misma, alcanzando una visión más integral del ser humano y de sus facultades, que nos permite afirmar que la inteligencia humana es propia y exclusiva del hombre y está determinada por la unidad de las características biológicas, psicológicas y socio-culturales del individuo como un todo, pues el individuo al desarrollar y utilizar de manera adecuada sus potencialidades intelectuales logra una mayor adaptación al medio que le rodea, alcanzando así la madurez de su personalidad. (Extremera & Fernandez, 2004). De acuerdo a lo mencionado por Extremera el ser humano requiere desarrollar sus potencialidades para que ello repercuta sobre sus acciones, determinación, proceder, etc; es por tanto evidente que esto implica un proceso en el cual el ser humano se ve inmerso ya que parafraseando a Extremera la inteligencia humana es propia y exclusiva del ser humano, por este complejo proceso que ningún otro miembro de la especie animal logra. Dada la complejidad del termino y su vasta gama de definición hace que aún se siga indagando y buscando la definición más próxima a inteligencia,

siendo que múltiples autores definen la inteligencia de acuerdo a su postura, sin lograr concluir en algo concreto o fijo, por lo que aún se siguen hallando a través de investigaciones, muchos alcances de la inteligencia y los que siguen sorprendiendo a la humanidad.

Desde su nacimiento, el ser humano inicia el proceso arduo de desarrollar su inteligencia con el fin de adaptarse a su entorno y poder desenvolverse en el de acuerdo a su cultura; puesto que cada sociedad es diferente y ante ello presenta tradiciones, diferentes formas de vivir los cuales hacen la riqueza y variedad cultural en la que se encuentra el ser humano y en los que debe desarrollarse y adaptarse.

Desde otro punto de vista se define la inteligencia como la capacidad de adquirir y aplicar conocimiento, o la facultad de pensar y razonar o un poder superior de la mente (diccionario Houghton Mifflin, 2002), puesto que el ser humano desde su más temprana infancia se halla un entorno en el que debe poseer capacidad de aprensión la cual es consecuencia de la inteligencia que le permite interactuar, adquirir conocimientos, descartar hechos o situaciones, percatarse de cambios, en fin todo lo que concierne a sus vivencias en general.

Asimismo se la define como la habilidad general que involucra el cálculo, razonamiento, las relaciones perceptivas y analogías, así como la rapidez en el aprendizaje, almacenamiento y recuperación de información, usando un lenguaje fluido, clasificando, generalizando y adecuándolo a la nueva información (The Columbia Electronic Encyclopedia, 2003), que por tanto permite en el ser humano un cúmulo de capacidades y habilidades las cuales son aprendidas como asumidas y que también le facilita distinguir a través del intelecto, amoldarse a cambios, y desarrollar muchas otras capacidades propias del ser humano.

La inteligencia no es presentar exámenes, sino lidiar con los desafíos de la vida diaria. En muchos estudios, la calidad de las decisiones prácticas (qué carro comprar, qué tratamiento recibir para el cáncer de mama, cuánto dinero asignar a un plan de retiro o cómo comparar las pólizas de seguros) comparten apenas una modesta relación, si acaso, con el desempeño en tareas como las que se presentan en las pruebas de inteligencia citados por Papalia D. (2012 Blanchard-Fields, 2007; M. M. S. Johnson, Schmitt y Everard, 1994; Meyer, Russo y Talbot, 1995)

2. AUTOESTIMA

2.1 Origen

Muchas veces nos ponemos a pensar a cerca de cómo actúan las personas , como algunas son muy sobresaliente, otras cautas y otras más ajenas a su entorno y surge la pregunta del ¿Por qué dicha situación?, puesto que lo ideal sería que todas las personas pudieran relacionarse con las de su entorno, sin mayores complicaciones , que todos pudiesen sentirse en la condición de igual con todos y que no hayan diferencias ; es por ello que surge el concepto de autoestima, en la que se manifiesta como el amor propio y que muchos creen que solo se trata de ello sin antes plantearse acerca de que involucra el amor propio.

Actualmente muchos hablan de autoestima, optando por decir, que es amarse o quererse uno mismo; siendo muy tratado este tema, pero sin que se ahonde en la explicación exacta y correcta de lo que en realidad es. Muchos quienes han visto la importancia del tema la confunden con autoayuda no siendo, la manera más segura de conocer lo que es autoestima, puesto que la autoestima se forma desde que uno es pequeño y se va dando acorde el entorno familiar se lo manifieste; entonces podríamos tener en esta premisa el primer paso de conocer la autoestima.

Como se mencionó en un principio, las diversas formas de relación y de cómo se desenvuelven muchas personas genera extrañeza, dado que hay quienes son muy seguros de sí y actúan como que lo pueden todo, siendo otros más reservados, pero tampoco tímidos si no que procuran relacionarse con personas de su entorno más cercano y no con gente que no conoce mucho, asimismo hay quienes no logran relacionarse y presentan nerviosismo al momento de socializar. Aquí es donde surge la concepción de autoestima puesto que aquellas personas que logran relacionarse bastante bien con su entorno también procuran que esto sea reciproco, mientras que las personas que son reservados hasta cierto punto, procuran relacionarse con un entorno en el que se sientan cómodos y en el caso de aquellos quienes no logran socializar y les es difícil dado que no sienten que haya reciprocidad de por medio; pero que tendría que ver el hecho de la reciprocidad?, pues es parte de la autoestima ya que el amor propio no surge de la nada si no que esta se va formando desde la más tierna edad y es aprendida en el hogar con el afecto e importancia que le brindaron

sus padres, y que con el tiempo se va desarrollando tanto en su entorno educativo como social .

La autoestima no implica solo a uno mismo si no del lugar en el que se desarrolla, dado que es del lugar de donde aprenderá y recibirá el afecto para sí, como para manifestar dicho afecto al resto, es por ello que se dice que es recíproco, puesto que, si yo me amo y valoro, no coloco a los demás por debajo o por encima de mí, sino que en un estado de igualdad en el que yo merezco amor como también el resto es digno de merecerlo.

Manifiesta también uno el afecto a sí mismo, cuidando de sí, ya que todo lo que uno ama, lo cuida, por lo que si se tiene la valoración así mismo cuidará de su imagen como de su aseo, también se manifiesta a través de cómo se refiere a la realidad en la que vive y de su trato con las personas, valga la redundancia.

Algunas personas son excesivamente seguras de sí y creen saberlo todo por lo que, este exceso de amor propio es determinado como narcisismo, debido a que deja de lado a los demás por amarse solo así mismo y sentirse por encima de los demás.

Quienes son personas sobresalientes, pero que no atropellan a nadie, se trata de personas con una autoestima apta, la cual le hace saber que, así como él merece respeto, los demás merecen su respeto.

En el caso de aquellos quienes son reservados, pero que aun así tienen un entorno en el que se relacionan, se trata de personas con cierto temor del resto y que por ello busca personas con características similares a sí para entablar amistad.

Y por último de aquellos muy cautos, son quienes tienen una excesiva infravaloración, que los hace sentirse menos que los demás; por lo que no se relacionan por temor a que no encajen.

Por tanto, autoestima no es el simple amor propio sino de cómo esta afecta a la persona en su vida y para poder comunicarse con su entorno, asimismo es de cómo se percibe, la forma en la que afronta situaciones adversas, de qué manera se identifica con su entorno sociocultural, etc.

Cuando se habla de autoestima debemos tener en cuenta que esto no se desarrolla de un momento a otro, si no que surge desde el momento de nuestra concepción y que

en el caso de los adultos es un descubrirse y notar las cualidades, como reconocer sus defectos para poder trabajar y procurar ser una persona apta para la sociedad.

2.2 Definición

Reasoner, citado por Raffini (1998), define la autoestima como la apreciación del propio valor e importancia, caracterizada por la posibilidad de responsabilizarse de uno mismo y de actuar de manera responsable hacia los Demás; por cuanto se debe tomar en cuenta que es importante la valoración que se tiene, y la cual repercute en el proceder del ser humano con respecto a las personas de su entorno más cercano, como también de su proceder en sus actividades cotidianas.

Según (Cortés de Aragón , 1999), la autoestima tiene una serie de componentes de diversa índole, entre los cuales señala: el componente cognoscitivo, el componente emocional y componente conductual.

Componente Cognoscitivo:

Denominado autoconocimiento, auto concepto, auto comprensión, autoimagen y autopercepción. Todos estos conceptos están referidos a la representación mental que cada uno elabora de sí mismo; a los conocimientos, percepciones, creencias y opiniones de los diversos aspectos que conforman la personalidad. De suerte que el conocimiento personal es absolutamente necesario para poder autorregularse y auto dirigirse. De igual manera la autoestima se ve afectada por la eficacia de cada uno para superar los problemas por iniciativa propia y para la autorrealización personal.

Componente emocional- evaluativo:

No se puede separar los sentimientos y emociones de los deseos y las necesidades del ser humano. Todos los sentimientos referidos a sí mismo determinan la autoestima que es la base de la autorrealización que cada uno desea conseguir. Este componente como conjunto de sentimientos se denomina auto aceptación, autoevaluación autovaloración y auto aprecio. En la medida que estos sentimientos sean asertivos, en esa medida puede una persona gestionar su propio crecimiento personal. Sobre todo, el individuo debe ser auténtico, de manera que, reconociendo sus potencialidades y limitaciones, pueda a su vez fortalecerse como persona, y buscar ayuda cuando crea que la situación lo amerite.

Componente conductual:

Partiendo de la premisa que la autoestima es conocerse, evaluarse y aceptarse, no es menos cierto que implica la acción hacia el exterior o actividad con el entorno, en otras palabras, interacción y adaptación al medio. La persona con una rica autoestima se manifiesta por medio de una actividad permanente, que puede definirse en términos como: conducta coherente, conducta congruente, conducta responsable, conducta auto dirigida, autonomía, autodirección y muchas otras.

De acuerdo a los componentes dados por Cortés de Aragón se muestra que el campo de la autoestima posee un amplio cúmulo de componentes que permiten al ser humano tener conocimiento de sí mismo sus cualidades, y de todo aquello que puede manifestar tanto a sí mismo como a los demás.

2.2.1. Baja Autoestima

Se ha constatado que los individuos con baja autoestima por lo general son más infelices, pesimistas y menos dispuestos a correr riesgos para beneficiarse a sí mismos, según lo afirma Coopersmith 1967 por lo que se infiere las personas de baja autoestima son más retraídas sin perspectivas de futuro como de anhelos para sí por lo que también les impide relacionarse con otros, dado que la mayoría posee deseos y pretensiones futuras; como también que ven los sufrimientos con mayor magnitud de lo que son, por lo que esto los hace infelices, sin poder optar por soluciones a tales hechos. Para Branden, 1995; Acosta y Hernández, 2004 consideran que generalmente, se registra como causas de autoestima baja, el miedo, los fracasos constantes, las enfermedades, la angustia, entre otras. La baja autoestima tiende a manifestarse mediante quejas, el rechazo a aprender ciertos contenidos o adquirir ciertas competencias, auto-descalificación, etc. Además, estas personas pueden mostrarse ansiosas, celosas, apáticas, tímidas, pesimistas e irracionales, entre otras manifestaciones; las cuales muestran que las personas con baja autoestima, presentan minusvalía la cual somatizan y exteriorizan; además que se muestran como seres frágiles e incapaces de realizar cualquier acto, sin capacidad de resiliencia ante la vida y siempre resignados sin optar por mejorar su situación, sino que sumergirse en el pleno sufrimiento sin hacer nada.

Se debe considerar también que las personas tendrían diferentes reacciones frente a los eventos positivos y negativos que se le presenten. En el caso de recibir una evaluación negativa de personas significativas, las personas con baja autoestima

se verían afectadas de una manera más drástica que las que tienen autoestima alta, ya que las primeras se sienten menos motivadas a reparar sus estados de ánimo negativos (Acosta y Hernández, 20004; citado por Franzoi, 2007), siendo que al sentirse inferiores carecen de valía para sobreponerse ante situaciones simples como complejas, por lo que requieren de ayuda para tener una apropiada valoración de si y poder tener la valía de afrontar cualquier situación por muy compleja que fuera .

Es importante mencionar que la mayor parte de evaluaciones negativas están asociadas a variables psicológicas tales como soledad y depresión (Barón, 2005), por tanto, la baja autoestima está siendo relacionada a problemas de tipo mental las cuales requieren ayuda dado que, de no ser así, corre riesgo la vida del paciente o de la paciente. De acuerdo a lo mencionado, las personas que tienen baja autoestima no se expondrían a un medio social en el que se sentirán centro de toda evaluación, pues esto afectaría su autovaloración y provocaría mayor incomodidad personal, generando, probablemente, mayor incertidumbre en los pensamientos y sentimientos de la persona (Branden, 1995), dado así que procuran no frecuentar lugares en los que puedan verse expuestos o que haya un número considerable de personas; ante las cuales puedan sentirse humilladas , menospreciadas o que simplemente ante un incidente sienten que pueden ser ridiculizados , lo cual haría que no quisieran entrar en contacto con más personas .

2.2.2. Alta Autoestima

De manera contraria, tener una autoestima alta significa gustar de sí, ser optimistas y tener disposición favorable a experimentar nuevas cosas (Coopersmith, 1984, Barón, 2005); por lo que le permite tener una mejor perspectiva de sí como de la vida, generándole esperanzas y anhelos futuros , con proyectos que le permitan vislumbrar mejoras , siempre optando por situaciones y resultados mejores que le permitan no una vida perfecta si no que más equilibrada sin exagerar los sufrimientos como frustraciones si no que aprendiendo a sobreponerse a ellos y disfrutando adecuadamente de los éxitos que le toca vivir .

El elevado nivel de autoestima posibilita la aparición de cierta seguridad y confianza al momento de realizar distintas actividades, trazarse nuevas metas, mayor creatividad, mayor esfuerzo ante dificultades, entre otras particularidades

psicológicas. Las evidencias empíricas permiten afirmar que estas personas tienden a ser amistosas, armónicas y tienden a estar de buen humor. Por lo tanto, una alta autoestima tiende a fortalecer al individuo en la realización de diferentes actividades y actuaría como fuerza propulsora que permitirá utilizar los distintos recursos psicológicos con los que cuenta la persona. (Branden, 1995; Gamargo, 1997; Acosta y Hernández, 2004, De Tejada, 2010) con lo que puede llegar a realizar múltiples actividades, no solo en beneficio suyo, si no que de encontrarse laborando en un ambiente en el que intervienen más de uno podrá lograr el bien común sin que se piense solo para sí, si no que buscará el beneficio común. Presentan también actos altruistas, siendo personas muy corteses poco malhumoradas y que esto le complace. Permite por ende mayor seguridad sobre sí mismo y sus actos por los cuales se siente orgulloso.

3. ADULTO MAYOR

3.1. Envejecimiento

3.1.1. Origen

El envejecimiento es un proceso natural que se da a través de la disminución de las funciones en el organismo humano como también en el decremento de sus facultades, sin que esto necesariamente implique minusvalía total.

Al ser un proceso es un fenómeno complejo, dado que este inicia desde cuando nacemos, ya que va encaminado a la disminución de nuestras funciones, permitiendo que al carecer de fuerza sean proclives los adultos mayores de adquirir cualquier enfermedad por su condición.

Con el paso del tiempo se sufre diversos cambios tanto físicos, biológicos y sociales, los cuales afectan la vida de la persona, puesto que ya se encontraba acostumbrado a un ritmo de vida, que al ir en decremento sus funciones, deberá dejar para acostumbrarse a un nuevo estilo de vida acorde a su nueva situación.

Relacionado íntimamente a la esperanza de vida que se pueda tener es que, se toma en cuenta la tasa de natalidad como de mortalidad, para verificar la población y su futuro tanto próximo como lejano, en lo que se ha evidenciado un aumento en la esperanza de vida, dado los avances en cuanto a medicación, estrategias de salud, programas de cuidado y aseo personal, de alimentación apropiada acorde a la edad.

Tomando en cuenta lo ya mencionado, es también un proceso complejo para los adultos mayores, el hecho de adaptarse a tales cambios y de que puedan acoplarse a las nuevas vivencias como aprendizajes.

3.1.2. Definición

El envejecimiento es definido por el *Websters New Universal Unabridged Dictionary* como "la acumulación de cambios en un organismo o un objeto con el tiempo".

La *Enciclopedia Británica* lo define como: "el cambio gradual e intrínseco en un organismo que conduce a un riesgo reciente de vulnerabilidad, pérdida de vigor, enfermedad y muerte. Tiene lugar en una célula, un órgano o en la totalidad del organismo durante el período vital completo como adulto de cualquier ser vivo".

El *Oxford English Dictionary* define el envejecimiento como "el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo".

Una definición biológica del envejecimiento es "el cambio gradual en un organismo que conduce a un mayor riesgo de debilidad, enfermedad y muerte. Tiene lugar en una célula u órgano o el organismo total en el lapso de vida de un adulto o cualquier ser vivo. Hay una disminución en las funciones biológicas y en la capacidad para adaptarse al estrés metabólico. Cambios en órganos incluyen el reemplazo de las células funcionales cardiovasculares con tejido fibroso. Efectos generales del envejecimiento incluyen inmunidad reducida, pérdida de fuerza muscular, disminución de la memoria y otros aspectos de la cognición, y la pérdida del color en el cabello y la elasticidad en la piel. El diccionario de la Real Academia de la Lengua lo define como "la acción y efecto de envejecer"; es decir, hacer viejo a alguien o algo; hacerse viejo o antiguo; durar o permanecer por mucho tiempo.

En las últimas décadas se han propuesto varios modelos de envejecimiento que intentan dar una mirada más positiva al término de envejecimiento. Entre estos tenemos:

- Envejecimiento exitoso, propuesto por Rowe, el cual hace referencia a la habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas como lo afirma también Matías L. en su libro “La vejez en las Américas”.
- Envejecimiento saludable, propuesto por la OMS (1998), definido como la etapa que comienza mucho antes de los 60 años. Esta solo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades.

- Envejecimiento activo de la OMS (2002), enunciado como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El término activo hace referencia a una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva con una vida más larga (Castillo,2009).

En muchos adultos mayores, una ralentización general del funcionamiento del sistema nervioso central es un factor importante que contribuye a la pérdida de eficiencia del procesamiento de información y a los cambios en las capacidades cognitivas. La velocidad del procesamiento, una de las primeras en deteriorarse, se relaciona con el estado de salud, el equilibrio, el modo de andar y el desempeño de actividades de la vida cotidiana como buscar números telefónicos y contar el cambio, citado por Papalia D.(2012, Ball, Edwards y Ross, 2007).

Una capacidad que tiende a hacerse más lenta con la edad es la facilidad para cambiar la atención de una tarea o función a otra citado por Papalia D. (2012 Salthouse, Fristoe, McGuthry y Hambrick, 1998)

3.2. Adulto Mayor

3.2.1. Origen

Siempre que pensamos en las personas, consultamos acerca de cómo fue en su niñez, juventud y de los planes a futuros; pero en muy pocas ocasiones consultamos acerca de cómo se proyecta a futuro y de si anhela llegar a la vejez.

Actualmente y sobre todo en las mujeres se evidencia un afán desmedido en cuanto a no aparentar la edad que poseen puesto que algunas invierten en operaciones para arreglar su apariencia y por ende parecer jóvenes; respecto a los varones procuran hacer deporte para mantener el físico y pocos de ellos también acuden a cirugías.

Los adultos mayores actuales, atraviesan diversos desafíos que en antaño no lo hacían, puesto que tanto hombres y mujeres sufren las consecuencias de la jubilación, ya que ambos trabajan y al dejar de ser activamente laborales se sumen en la depresión de sentirse inservibles y no hallan un lugar en su propio hogar. Asimismo, se evidencia que muchos muestran signos de desesperanza mucho antes

de la jubilación puesto que temen la llegada de dicho momento, por temor a enfrentarse al fin de su desarrollo laboral como profesional y motivacional.

También enfrentan la muerte de los coetáneos por lo que asumen su próxima partida y procuran aferrarse a algo en la última etapa de su vida o simplemente se resignan ante lo que les toca; pero son muy pocos los que aceptan esta etapa como parte de la vida y como el culmen de un maravilloso recorrido que los llena de conocimientos como de experiencias valiosas que muchas veces comparten pero que pocas veces son tomadas en cuenta.

Atraviesan también la difícil situación de su condición física dado que ya no tiene el vigor y las fuerzas de cuando su juventud por lo que les es difícil sentirse dependientes de otros y no tener su independencia; en cuanto a la salud, se les presenta problemas severos de salud los cuales son más comunes en ellos por su vulnerabilidad como por su estado mental el cual muchas veces se ve afectado por Alzheimer y demencia senil.

Con todo lo antes mencionados, nuestros queridos abuelitos, en su mayoría no están preparados para enfrentar estos cambios y solo esperan con resignación la muerte, para la cual tampoco están preparados como para todo lo que conlleva esta hermosa etapa que muy pocas veces es valorada y que en su defecto les genera temor y rechazo.

En varones y mujeres es difícil asimilar que algún día dejaremos de ser personas independientes y que tendremos que asumir nuevas etapas y retos en nuestras vidas, para lo cual sería apropiado estar preparados tanto uno mismo como las personas del entorno para saber cómo sobrellevar los sucesos de esta etapa.

Tienen la necesidad de ser útiles, ser entendidos, quieren ser escuchados y poder aportar a la sociedad y que no se les deje de lado.

Por temor a ser juzgados, no cuentan en ocasiones sus problemas, por no caer como quejumbrosos; asumir que sus hijos e hijas ya tienen sus propias vidas y que no pueden intervenir en las decisiones de ellos.

Temor por errores pasados y que influyan en su vejez, el asumir que sus vidas ya no serán como antaño, que tienen que adaptarse a los cambios sociales como tecnológicos.

Potencialmente son dependientes y esto los ofusca dado que siempre estuvieron acostumbrados a ser independientes, tienden a ser egocéntricos, por que anhelan ser percibidos aun como útiles y que no se les deje de lado.

Afrontan nuevos retos como el de buscar un ámbito en el que puedan desarrollarse y ser productivos; ante ello en el país se ofrecen clubes del adulto mayor y casas del adulto mayor en donde pueden expresarse.

Al tomar en cuenta a la población adulta mayor, se toma en cuenta a los jubilados, como también a quienes aún siguen en labores por necesidad como aquellos de bajos estratos ya que muchas veces son abandonados por sus hijos o parientes y se valen por sí mismos; ante tal problemática el estado peruano a través de leyes está procurando darle calidad de vida a todos los adultos mayores en los diversos estratos.

Se tiene el club del adulto mayor o CAM en Essalud donde asisten adultos mayores diariamente a realizar actividades sociales y laborales que les permite sentirse útiles; asimismo se han instaurados los centros de integración del adulto mayor o CIAM donde se acude en las necesidades y de acuerdo a la condición de cada adulto mayor, por lo que se ha convertido en un gran apoyo en la mayoría de municipalidades para brindar calidad de vida a los adultos mayores de sus municipios.

En el caso de la iglesia católica como de otras denominaciones religiosas también presentan los clubes del adulto mayor que además de sus reuniones busca asistirlos en sus necesidades y procurarles un bienestar tanto corporal como espiritual.

Por otra parte, el estado les ha brindado a través del programa pensión 65, una ayuda económica para aquellos adultos mayores de bajos recursos y que se encuentren en calidad de abandono.

Procurando mejoras en la calidad de vida del adulto mayor, el gobierno también les brinda facilidades en cuanto al seguro integral de salud, como también en los municipios, los centros integrales del adulto mayor a través de los cuales les brindan asesoría legal como consultoría psicológica y diversas ayudas para las personas de esta etapa, puesto que debido a su condición muchos de ellos se encuentran vulnerables.

De acuerdo Papalia (2012, Busse, 1987; J.C Horn y Meer, 1987) existen dos tipos de envejecimiento:

Envejecimiento primario: es un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que empieza a una edad temprana y continúa a lo largo de los años, sin que importe lo que la gente haga para aplazarlo.

Envejecimiento secundario: es resultado de la enfermedad, el abuso y la inactividad, factores que a menudo pueden ser controlados por la persona. Por tanto, para el envejecimiento primario se requiere plena conciencia y conocimiento de las personas de que el ser humano tiene dicha etapa y que debe estar preparado para ello; asimismo ante el envejecimiento secundario, se pueden tomar precauciones y tomar medidas de prevención para tener una vejez saludable, dado que es factible evitar excesos a favor de tener una adecuada vejez.

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/as; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2017 son menores de 15 años 27 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,1% en el año 2017.

En este informe técnico se considera como personas adultas mayores a la población de 60 y más años de edad, en concordancia con el criterio adoptado por las Naciones Unidas. (Situación de la población adulta mayor. Abril-mayo-junio de 2017 INEI)

En la actualidad en Arequipa se ha instaurado la primera casa del adulto mayor que se encuentra en Alto Libertad en Cerro Colorado donde se brindan servicios tanto de salud mental como física, asistencia social como asistencia judicial; para un mayor beneficio del adulto mayor, también se les brinda clases en diversas disciplinas para que puedan valerse por sí mismos, como clases de cocina y repostería, tejido, música, clases de danza y aeróbicos para su bienestar físico.

Debido la poca importancia que se le presta a esta etapa de la vida por parte de muchos investigadores hemos decidido el hecho de realizar estudios sobre los adultos mayores, era muy extraño dado que se entendía en estas etapas como el culmen o fin de la vida. Suponía muchas veces una idea herrada de la forma de vivir esta etapa o del simple hecho de desconocerla y creer absurdamente una forma muy estereotipada de la vejez, lo que impedía la información certera respecto de ella; por tanto, es que Lerh (1977) ordena varias razones de esta situación:

- Teóricas: el desarrollo, según se ha dicho, se entendía como despliegue de capacidades dadas sólo en la infancia y en la pubertad; tras ésta se creía totalmente listo.
- Metodológicas: por problemas de la muestra, del diseño y de los test
Ya que muchas veces son poco accesibles y por qué algunos voluntarios escasean. Resultados errados de estudios inapropiados.
- Prácticas: no se veía utilidad en estos estudios, como en otros estratos de edad. Sólo avanzado el siglo XX pudieron justificarse por causas pedagógicas, profesionales (en relación con los Centros de Educación de Adultos y con el mercado de trabajo) y por razones de calidad de vida civilización del ocio y sociedad del bienestar.
(Yuste, Rubio, Aleixandre, 2004)

3.2.2. Adulto Mayor según el Sexo

3.2.2.1. Mujeres

El ser adulta mayor es muy complejo dado que en el caso de las mujeres surgen diversos cambios tanto físicos como psicológicos a los cuales debe hacer frente o muchas veces solo se resigna y en otros pocos casos asume; por tanto para una mujer es todo un reto, ingresar en esta etapa dado que en primer lugar debe enfrentar el hecho de ya no tener la menarquia y los cambios que conlleva , asimismo los cambios físicos por las arrugas, pérdida del deseo sexual , jubilación , síndrome del nido vacío en el caso de aquellas que tuvieron hijos y en el caso de aquellas que no procrearon, afrontan la soledad en esta etapa; asimismo el cambio en cuanto a la relación de pareja dado que en esta etapa es un tanto más complejo sobre todo por los cambios físicos y psicológicos; también se presenta la demencia senil, Alzheimer, junto a ello el abandono moral de sus familiares o en otros casos el tener q tratar de subsistir aun en estos caso por no tener ayuda. Según Bertha Figueroa Aparicio en su ensayo “Diversas facetas de la mujer en la evolución cronológica” de 2014, manifiesta que : actualmente la sociedad impone a las mujeres la necesidad de ser jóvenes o de aparentarlo, para poder ser aceptadas en su entorno; ya que antes una mujer de 30 años era considerada ya mayor , pero actualmente una mujer de 30 años apenas está en el esplendor de su vida, recién tomando en cuenta una vida de pareja , empezando planes personales y entre otras actividades. Una mujer de 23 años se considera muy joven para ser madre, ya que a esta edad apenas se

encuentra en culminando una carrera, iniciando su estabilidad laboral y proyectos académicos.

Por todo lo antes mencionado es que la sociedad impone estereotipos de belleza en las mujeres mayores a las que al mismo tiempo que se les pide sean mujeres de éxitos, se les pide también ser atractivas por lo que se les ofrece cosméticos, ansiedad, cirugías, ejercicios, máquinas que facilitan los ejercicios, jugos y toda clase de elementos que las ayude a verse más jóvenes.

3.2.2.2. Hombres

El ser adulto mayor en un hombre se vuelve un reto dado que la imagen del hombre se centra en ser el proveedor del hogar, el que sustenta a la familia; en el caso de aquellos hombres que no se casaron su prototipo es de aquel hombre que vive solo y que le gusta vivir a su manera y siempre en lo incierto sin tener conocimiento que algún día llegará a la vejez y que tendrá que enfrentarlo solo. La vejez en el hombre toca puntos muy sensibles dado que lo primero que enfrenta es la andropausia en la que los cambios se hacen evidentes dado que empieza a notar que ya no tienen tanta fuerza como cuando era joven, asimismo se percata de que su vitalidad decae, su salud también como su deseo sexual y en algunos casos desemboca en que quieren volver a ser jóvenes y toman actitudes infantiles que afecta a su entorno como a su familia; al perder fuerza y vigor enfrenta la jubilación por lo que le es difícil aceptar que ya no será útil laboralmente como también ya no será quien sostenga a su familia y al no tener que trabajar se siente con ganas de encontrar un lugar en su hogar puesto que siempre estuvo acostumbrado a estar realizando labores y al hallarse inactivo y sentirse un extraño en su hogar trata de encajar pero muchas veces irrumpe en la vida de las personas de su entorno por lo que decae aún más y siempre se halla en la búsqueda de algo en que ocuparse.

Trata de mostrar una imagen de alguien incólume, pero en realidad se ve afectado;

“La vejez es un período de la vida en que las personas pueden ser capaces, de explorar, de crear, partiendo de un excelente recurso que es la experiencia, desarrollando aptitudes antes no reconocidas”. Dra. Judith Salerno, Directora del Instituto Nacional del Envejecimiento de los EEUU. (Salerno)

Es por ello que actualmente se propone actividades y lugares en los que los adultos mayores puedan desarrollarse y así llevar a cabo labores en las que además de sentirse cómodos puedan ser productivos para sí y para los suyos. Es menester que estos proyectos se extiendan a todos los estratos dado que el adulto mayor requiere aprender a seguir valiéndose por sí mismo y no a depender de otros para subsistir.

Partiendo ello es que se instauran la casa del adulto mayor, con el fin de beneficiar en diversos servicios como áreas de aprendizajes para los adultos mayores y en cuanto a su desarrollo como a mejorar su estado de ánimo.

Al permitírseles ser partícipes de actividades y demás trabajos, se les brinda la oportunidad de ser útiles y de sentirse bien consigo mismos, porque le ayuda en cuanto a seguir desarrollando sus capacidades sin que estas se aletarguen por el sedentarismo del que sufren muchos al encontrarse en su casa.

Muchas veces la preocupación tanto de hijos como nietos al percibir el envejecimiento , se preocupan en la medida en la que afectara al longevo como a ellos puesto que son los más próximos a hacerse cargo del cuidado de él y de cómo sería si ellos pudiesen valer por sí mismos; al hablar del cuidado durante el envejecimiento es complejo , porque al haber decremento en las funciones es que muchos de ellos tratan de tirar por la borda su vida o abandonarse al sedentarismo y solo recordar tiempos mejores si valorar los conocimientos adquiridos , como las experiencias .

Otros optan por trabajar a pesar de que sus limitaciones no se los permita, pero lo hacen con el fin de seguir siendo activos en una sociedad para la que ya no cuentan.

CAPITULO III

MARCO OPERATIVO

1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Nuestra presente investigación es de tipo cuantitativa, ya que recogeremos y analizaremos datos numéricos sobre variables que son los niveles inteligencia y autoestima de adultos mayores de la casa del adulto mayor, según Roberto Hernández Sampieri (2010).

Se utilizará el diseño de tipo Descriptivo Correlacional Transversal para esta investigación, porque se seleccionará dos variables y se medirá cada una de ellas independientemente de la otra, con el fin precisamente, de describirlas. Y además es correlacional porque se pretenderá medir el grado de relación y la manera cómo interactúan las dos variables entre sí. Estas relaciones se establecen dentro de un mismo contexto, y a partir de los mismos sujetos en la mayoría de los casos. (Roberto Hernández Sampieri, 2010).

2. MUESTRA

Para seleccionar a la muestra se empleó el muestreo No Probabilístico de Tipo Intencional e Incidental, ya que primeramente se hizo una elección controlada de sujetos que cumplieran características específicas, procurando que la muestra resultante sea lo más representativa posible para la investigación según (Roberto Hernández Sampieri, 2010).

La muestra está conformada 60 adultos mayores que asisten a la casa del adulto mayor de cerro colorado.

A continuación, se establecen los criterios de inclusión y exclusión

2.1.Criterios de inclusión

- Adultos mayores que asistan a la Casa del adulto mayor de Cerro Colorado.
- Adultos mayores que tengan edades de 60 años a más.
- Adultos mayores que acepten participar voluntariamente de la investigación

2.2.Criterios de exclusión

- Participantes que presenten limitaciones en audición y visión extrema.
- Participantes que no se encuentren orientados en espacio, tiempo y persona y que presenten deterioro cognitivo.

3. INSTRUMENTOS

Para esta investigación se utilizó el siguiente material.

3.1. TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL TONY-2

3.1.1. Autores

Linda Brown, Rita J. Sherbenou y Susan K: Johnsen

3.1.2. Procedencia: España

3.1.3. Finalidad

Apreciación de la capacidad para resolución de problemas en poblaciones que requieren formas libres de idioma, de motricidad reducida, o de influencia cultural reducida.

3.1.4. Ámbito de Aplicación

Individual y Colectiva Sujetos con edades comprendidas entre 5 y 85 años

3.1.5. Tiempo de Aplicación

Sin tiempo limitado, entre 15 y 20 minutos aproximadamente.

3.1.6. Descripción de la Prueba

El TONI-2 es una medida de la capacidad para resolver problemas con figuras abstractas, exenta de la influencia del lenguaje.

Existen dos formas equivalentes (A y B); cada una de ellas está formada por 55 elementos ordenados por dificultad creciente.

Jensen (1980) indica algunas normas y dimensiones que deben cumplir los tests libres de influencias culturales o de lenguaje:

- a) Deben ser medidas de tipo manipulativo que puedan sustituir a las de papel y lápiz.
- b) Las instrucciones se transmitirán por medio de mímica y no de forma oral o escrita.
- c) Deben incluir algunos ejemplos previos de práctica.
- d) No deben tener tiempo limitado.
- e) En lugar de estar formados por dibujos concretos o fragmentos de lectura, el contenido de los elementos debe ser de tipo abstracto.
- f) Para contestar al test se requerirá razonamiento o capacidad para resolver problemas, sin que sea necesario tener que recordar ninguna información específica.
- g) Los problemas deben ser nuevos, para evitar contaminación por el recuerdo de una información aprendida previamente.

Al construir el TONI, primera versión, se procuró que cumpliera todas estas normas.

La tarea de solucionar problemas gráficos de tipo abstracto que constituye el núcleo del TONI-2 se ha seleccionado teniendo en cuenta dos razones:

- a) La resolución de problemas parece ser un componente general del constructo conducta inteligente, más que una habilidad «independiente» o un subcomponente (Sternberg, 1980-1984). «Un aspecto principal de la inteligencia es la aptitud para resolver problemas» (Resnick y Glaser, 1976). En la comunicación de Walters y Gardner (1983) sobre la teoría de la inteligencia múltiple, se indicaba: «Inteligencia es una aptitud o conjunto de aptitudes que permite a un individuo resolver problemas o inventar productos. La aptitud para resolver problemas permite al sujeto aproximarse a una situación en la que hay que lograr un objetivo, localizando y siguiendo los caminos adecuados para ello». La solución de problemas es pues una actividad comprensiva que refleja el nivel intelectual del sujeto que intenta resolver el problema.
- b) En un nivel completamente práctico, el proceso de solución de problemas, el contenido de las figuras abstractas y la forma de dar las respuestas hacen que la prueba tenga el carácter no verbal y de reducidas exigencias motrices que se buscaba al diseñar el TONI-2. Finalmente, la forma abstracta-figurativa de los elementos garantiza que éstos estén libres de la influencia del lenguaje o de indicaciones culturales. La naturaleza del contenido asegura también que el material de cada elemento es nuevo para todos los sujetos que vayan a realizar la prueba.

Para resolver los problemas que constituyen los elementos del TONI-2, los sujetos tienen que identificar las relaciones existentes entre unas figuras abstractas y buscar después la solución, teniendo en cuenta esas relaciones. En cada elemento se presenta un problema en el que se han omitido una o más de las figuras; el sujeto debe completarlo seleccionando la respuesta correcta entre las cuatro o seis alternativas que se le proponen.

En las figuras que forman los elementos del TONI-2 se tienen en cuenta una o más de las siguientes características: forma, posición, contigüidad, sombreado, tamaño, longitud, movimiento y adornos. En los elementos más difíciles intervienen varias de las características citadas mientras que en los más fáciles se consideran solamente una o dos de ellas.

La dificultad aumenta progresivamente y cambia el tipo y número de reglas que es necesario aplicar y tener en cuenta para llegar a la solución. Los sujetos deben examinar cada elemento observando las diferencias, semejanzas y cambios que

existen en las figuras del problema; después analizarán las figuras que se proponen como alternativas de respuesta. Deben identificar la regla o reglas que están operando en las figuras-problema y, siguiendo estas reglas, seleccionar la respuesta correcta. Para los elementos de mayor dificultad puede haber varias soluciones que completen correctamente el modelo estímulo, pero entre las alternativas de respuesta sólo se ha incluido una solución correcta.

3.1.7. Instrucciones

El TONI-2 no es un test de tiempo limitado. Para su administración se requieren aproximadamente 20 minutos. La aplicación está prácticamente libre de la influencia del lenguaje; no hay que escuchar largas explicaciones, ni hablar, ni leer, ni escribir para aplicar o responder al test. Además, el sujeto tiene que dar una respuesta motriz mínima para contestar a la prueba. Los elementos que forman el test se presentan en un cuadernillo (un elemento en cada página). Al principio de la Forma A se presentan seis ejemplos de entrenamiento, que se realizan antes de comenzar a contestar a los 55 elementos reales de la prueba; estos mismos ejemplos se realizarán cuando se aplique la Forma B. El examinador dará las instrucciones por medio de gestos o con indicaciones verbales muy breves, del tipo «¿Cuál de estos dibujos tiene que ir aquí?» (señalando el espacio vacío en la hoja de estímulos). Luego señale el cuadrado vacío y mueva la cabeza “sí” o “no” dependiendo si la respuesta es correcta o no. El sujeto indicará su respuesta señalando la solución elegida o por medio de otra indicación motriz significativa. Hacer lo mismo por cada respuesta elegida. Invite al examinado a unirse para indicar con exactitud las respuestas y permita completar los cinco ítems restantes sin importar si ha entendido claramente el proceso. Si un examinado responde impulsivamente, o aun no parece entender las instrucciones cuando los 6 ítems han sido administrados dos veces discontinuar la aplicación del test. Los ítems de entrenamiento no son tomados en cuenta por el examinador.

Al completar los ítems de entrenamiento y parece entender la tarea continuar administrando el resto de ítems. Se dirige a los ítems del “Libro de Dibujos” que corresponde a la forma del Tony-2. Comenzar con el ítem A1 sí; el examinado es muy joven o “muy mayor”, si sospecha que presenta algún significativo impedimento intelectual, o si tuvo algunas dificultades con los ítems de entrenamiento. Para los demás examinados comience con el ítem indicado abajo

Si el examinado tiene:	Empiece en el ítem:
5-7 años	A1 o B1
8 - 9 años	A5 o B5
10 – 12 años	A10 o B10
13 – 17 años	A15 o B15
18 – 20 años	A20 o B20
21 - + años	A25 o B25

Para la aplicación del test, señale el cuadro vacío en la hoja de estímulos, haga un gesto a lo largo de las posibles respuestas y señale al examinado que indique la respuesta elegida, señalando el ítem o haciendo alguna otra respuesta no verbal significativa.

Se permite al examinado todo el tiempo necesario, pero no se acepte perder el tiempo; o repasar los ítems demasiado tiempo. Después de que ha pasado veinte o treinta segundos, la probabilidad de que el examinado señale una respuesta correcta disminuye significativamente.

3.1.8. Calificación

Los ítems están en orden de dificultad. Esto hace posible aplicar un puntaje Base o de Inicio y un puntaje Techo o de Termino a fin de reducir sustancialmente el tiempo requerido para la administración.

Un puntaje Base o de Inicio es definido cuando 5 respuestas correctas consecutivas han sido logradas.

El Techo o Termino se obtiene con 3 respuestas incorrectas de 5 respuestas consecutivas.

Cada respuesta correcta vale 1 punto.

Se sumará el número de aciertos desde una Base hasta el Techo como puntaje obtenido.

El puntaje obtenido se transformará en Cociente y percentiles en un cuadro según su edad.

a. Transformación de Puntaje Directo Global a Percentil

PUNTAJE DIRECTO	COCIENTE DEL TONY-2	PERCENTILES
0	< 57	<.5
1	57	.5
2	61	1
3	63	1
4	65	1
5	69	1
6	70	2
7	75	5
8	77	6
9	79	8
10	80	9
11	81	10
12	82	12
13	83	13
14	86	18
15	87	19
16	88	21
17	88	21
18	88	21
19	89	23
20	89	23
21	89	23
22	90	25

23	91	27
24	92	30
25	93	32

3.1.9. Interpretación

Cuanta más alta es la puntuación que obtiene más alta inteligencia es percibida mejor. La puntuación se ha calificado según su nivel de la siguiente manera:

COCIENTE	NIVEL	PORCENTAJE
>130	Muy superior	2.34%
121 - 130	Superior	6.87%
111 – 120	Por Debajo del Promedio	16.12%
90 – 110	Promedio	49.51%
80 – 89	Por Debajo del promedio	16.12%
70 – 79	Inferior	6.84%
<70	Muy Inferior	2.34%

3.1.10. Validez y Confiabilidad

A pesar de la amplia utilización de los test de inteligencia y de que se puede disponer de muchos instrumentos cuya validez ha sido comprobada teórica y empíricamente, se observa una necesidad creciente de instrumentos de este tipo que no estén excesivamente afectados por factores lingüísticos, motrices o culturales.

El lenguaje y las habilidades motoras son componentes importantes de las medidas de la inteligencia que se utilizan habitualmente. Sin embargo, hay muchos sujetos para quienes estas medidas simplemente no son adecuadas. Personas que no son capaces de leer o escribir, que tienen dañadas o deterioradas sus habilidades verbales, que tienen diferentes raíces lingüísticas o que por otras razones requieren que en la aplicación del test no influya su capacidad para oír, hablar, leer, escribir o dar respuestas motoras significativas. Una buena proporción de los sujetos a quienes se evalúa en escuelas, clínicas y hospitales están comprendidos en alguna de estas categorías. En ellas se incluyen afásicos,

personas que no hablan el mismo idioma, sujetos que tienen dificultades de aprendizaje, sordos o individuos que han sufrido traumas neurológicos severos, lesiones en la cabeza, golpes, parálisis cerebral y otros similares.

3.2 INVENTARIO DE AUTOESTIMA PARA ADULTOS COOPERSMITH

3.2.1. Autor

Stanley, Coopersmith

3.2.2. Procedencia

Estados Unidos

3.2.3. Finalidad

Medir las actitudes valorativas hacia el sí mismo, en las áreas: Personal, Familiar y Social de la experiencia de un sujeto.

3.2.4. Ámbito de Aplicación

Individual y Colectiva.

3.1.5. Tiempo de Aplicación

Aproximadamente 15 a 20 minutos.

3.2.6. Descripción de la Prueba

El Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos, de acuerdo al análisis del inventario en referencia se puede observar que a diferencia de la versión Escolar (original), el Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos toma como referencia los primeros 25 ítems del primer inventario en mención, modificando los reactivos correspondientes a las áreas “Hogar Padres” por el de “Familiar” (06 reactivos), y unifica las áreas “Social Pares y Escolar” en uno solo, al que denomina “Area Social” (07 reactivos); y con relación al contenido de los ítems, éstos son similares a los que se mencionan en el inventario original. Está compuesto por 25 Items, en los que no se encuentran incluidos ítems correspondientes a la escala de mentiras. La prueba se encuentra diseñada para medir las actitudes valorativas con adolescentes y adultos a partir de los 16 años de edad en adelante. Los ítems se deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos de verdadero o falso. Los 25 ítems del inventario generan un puntaje total, así como puntajes separados en Tres áreas:

a) Sí mismo general: El cual refieren a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.

b) Social: Se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos. Así como sus referentes a las vivencias en el interior de instituciones educativas formativas y las expectativas en relación a su satisfacción de su rendimiento académico o profesional.

c) Familiar: Expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.

3.2.7. Instrucciones

Aquí hay una serie de preguntas. Por favor responda a cada una de modo siguiente:

Si la pregunta describe cómo te sientes usualmente, pon una “X” en la hoja de respuestas, debajo de la palabra si.

Si la declaración no describe cómo te sientes usualmente pon una “X” en la hoja de respuestas, debajo de la palabra no.

No hay respuestas buenas ni malas, correctas o incorrectas. Lo que interesa es solamente conocer que es lo que habitualmente sientes o piensas.

3.2.8. Calificación

La calificación es un procedimiento directo, el sujeto debe responder de acuerdo a la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de SI o NO.

El puntaje se obtiene haciendo uso de la clave de respuestas se procede a la calificación. El puntaje se obtiene sumando el número de ítem respondido en forma correcta (de acuerdo a la clave) y multiplicando este por dos (4), siendo al final el puntaje máximo 100.

3.2.9. Interpretación

Tomando en cuenta que 8 de las 25 preguntas son positivas y 17 son negativas, se procede a ver con la ayuda de la parrilla a analizar cuáles fueron las que acertaron y las que no; a continuación de acuerdo al puntaje se les divide en 4 grupos:

Puntaje	Nivel
0 - 45	Nivel de Baja Autoestima
46 - 74	Nivel Promedio de Autoestima
74 - 100	Nivel Alto de Autoestima

3.2.10. Validez y Confiabilidad

El 2001 Alegre M. trabajó la validez de contenido del instrumento en una muestra conformada por 159 adolescentes varones cuyas edades fluctuaban entre 16 y 18 años de edad, que presentaban conducta antisocial internados por diferentes motivos de infracción de la ley penal en un Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación de la ciudad de Lima. Previamente, el instrumento fue sometido a un Estudio Piloto, conformado por 35 adolescentes varones que reunían similares características a las de la muestra, con la finalidad de probar su inteligibilidad y el tiempo que duraba la aplicación, de tal modo que se pudieran hacer las modificaciones necesarias que permitieran elevar la calidad y poder discriminatorio del instrumento. Como resultado de dicho Estudio Piloto, se encontró que el instrumento era claro y entendible para la muestra, por lo que se procedió a la validez de contenido, para lo cual se empleó el coeficiente V. de Aiken, por medio de 10 jueces, quienes encontraron que el instrumento tiene una adecuada validez en todos los ítems, por lo que ninguno tuvo que ser modificado.

- Renzo Fabrizzio Tarazona Luján el 2013 realizó la confiabilidad de la prueba ítem por ítem, aplicándola a 25 estudiantes y utilizando el Alfa de Cronbach el cual en general resultó 79.

3.3 FICHA SOCIODEMOGRAFICA

Consiste en un documento que contiene los datos más relevantes de cada persona entrevistada como son sus datos personales, edad, fecha y lugar de nacimiento, sexo, estado civil, nivel de instrucción, idioma y datos de otros familiares que estén cerca.

4. PROCEDIMIENTOS

Para realizar esta investigación nos presentamos a la oficina de la DEMUNA de Cerro Colorado, en la cual se encuentra la oficina de Gerencia de Desarrollo social, de la

cual se deriva la sub Gerencia de la Mujer y Desarrollo Humano, la cual se encuentra a cargo el Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM), los cuales nos proporcionaron la información de la Casa del Adulto Mayor que es la única que hay en todo Arequipa. Se mandó una solicitud al Alcalde de Cerro Colorado para otorgarnos la accesibilidad de realizar la presente investigación en la Casa del Adulto Mayor.

Después de que el alcalde dio su autorización, fuimos derivadas a la Gerencia de Desarrollo humano y a su vez a la sub Gerencia de la Mujer y Desarrollo Humano, otorgándonos permiso y facilidades de visitar a Casa del Adulto Mayor, además se les pidió la lista de los asistentes a la casa; luego se procedió a la presentación de los evaluadores frente a los adultos mayores, indicándoles el motivo de nuestra evaluación, de tal forma que ellos pudieron comprender la importancia de su colaboración al realizar dicho trabajo.

Posteriormente de la presentación se les explico de la importancia del consentimiento informado, del cual como personas adultas están en las posibilidades de decidir si desean en participar de la presente investigación, con los adultos que aceptaron se realizó la evaluación en un periodo de 2 semanas para poder abarcar a todos los adultos mayores que cumplan con los criterios establecidos. Para ello la administradora de la Casa nos brindó un ambiente para poder aplicar, lo cual nos facilitó la evaluación fuera de sus talleres a los cuales asisten.

La asistencia de los adultos mayores no es continua, hay días que por motivos de movilidad otorgada por la municipalidad solo asisten 3 o 2 días a la semana según la posibilidad también de ellos mismos, hay otro grupo que pertenece a otra zona más cercana a la Casa que asisten principalmente los sábados.

Una vez finalizadas las evaluaciones a la población, se procedió con la selección de la muestra a partir de los criterios de exclusión para luego proceder a la sistematización de la información y calificación de las pruebas psicológicas. La calificación del INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH y del TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL TONY-2 se realizaron de manera computarizada y manualmente respectivamente.

Posteriormente se inició el procesamiento estadístico de los resultados obtenidos. Para realizar el análisis descriptivo primero se consideraron los resultados por todos los adultos mayores, estableciendo cuadros y gráficos de la frecuencia y porcentajes en

cada domino de la prueba, que revelaron los resultados obtenidos en forma global y por cada dimensión.

Para realizar el análisis comparativo de los datos obtenidos se procedió a la comparación de resultados de las características entre mujeres y varones en cuanto a su edad, su estado civil, su grado de instrucción, su estructura familiar, y su idioma. Luego se realizó la comparación entre los hombre y mujeres adultos mayores en cuanto a su inteligencia y autoestima, tanto en su puntaje global como por indicadores.

Finalmente se utilizó el estadístico Chi cuadrada para evaluar si existen o no diferencias significativas entre la inteligencia y autoestima en relación a su puntaje global como por sus Dimensiones. Las comparaciones se visualizan mediante cuadros y gráficos, que evidencian las tendencias entre los subgrupos y los casos en los que sucedan diferencias significativas.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Tabla 1 Características de los Sujetos Estudiados según sus Edades

SUBPERIODOS DE LA SENECTUD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
SENECTUD TEMPRANA 60-69 AÑOS	5	35.8	16	34.8	21	35
SENECTUD INTERMEDIA 70-79 AÑOS	7	50	20	43.4	27	45
SENECTUD AVANZADA 80- A MAS	2	14.2	10	21.7	12	20
TOTAL	14	100	46	100	60	100

Los adultos mayores estudiados en total fueron 60, 14 de ellos son varones y 46 son mujeres, de ellos el 45% se encontraban senectud intermedia de 70 a 75 años (27), el 35% se encuentran en la senectud temprana (21) y el 20% están en una senectud avanzada (12).

Del total de adultos mayores de sexo masculino el 50% (7) son senectos jóvenes, 35.8% (5) están en la senectud intermedia y el 14,2% están en la senectud avanzada; en el caso de las adultas mayores mujeres 43.4% de igual manera están en la senectud intermedia, el 34,8% (16) están senectud temprana y el 21.7% (10) en la senectud avanzada.

Tabla 2 Características de los Sujetos Estudiados según su Estado Civil

ESTADO CIVIL	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Soltero	9	64.3	9	19.6	18	30
Casado	0	0	17	36.9	17	28.3
Divorciado	0	0	2	4.3	2	3.3
Viudo	2	14.3	17	36.9	19	31.7
Conviviente	3	21.4	1	2.2	4	6.7
TOTAL	14	100	46	100	60	100

En el caso de su estado civil la mayoría de los adultos mayores en general son viudos con un 31.7%, siendo los varones el 14.3% y en el caso de las mujeres es más representativo con 36,9%; en cuanto el estado civil soltero en general es el 30%, siendo varones el 64,3% por el contrario de las mujeres que es 19.6%; en el caso del estado civil casado de manera general con un 28.3% siendo ,as representativo solo las mujeres con un 36.9 % y de igual forma el estado civil de divorciado son solo las mujeres con un 4.3% y de manera general con un 3.3%. Otro indicador es el índice de adultos mayores es conviviente donde de manera general es de 6.7%, siendo de los hombres el más representativo con un 21.4% en comparación con el de mujeres que es muy bajo, con un 2.2%,

Tabla 3 Características de los Sujetos Estudiados según su Grado de Instrucción

GRADO DE INSTRUCCION	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Sin Instrucción	1	7.1	26	56.5	27	45
Prim. Incompleta	4	28.6	11	23.9	15	25
Prim. Completa	4	28.6	3	6.5	7	11.7
Secundaria Incompleta	0	0	3	6.5	3	5
Secundaria Completa	3	21.4	1	2.2	4	6.7
Técnico Incompleta	0	0	0	0	0	0
Técnica completa	2	14.2	1	2.2	3	5
Superior Incompleta	0	0	0	0	0	0
Superior Completa	0	0	1	2.2	1	1.7
TOTAL	14	100	46	100	60	100

En el presente cuadro apreciar el nivel de instrucción de los sujetos estudiados según su sexo. En el caso de adultos mayores mujeres, el mayor porcentaje no tiene grado de instrucción con un 56.5%, seguido primaria incompleta con 23.9%, además el 6.5% en ambos casos como son primaria completa y secundaria incompleta y por último los de secundaria completa y de técnica completa y superior tienen 2.2%.

En el caso de los varones el más alto porcentaje los tiene primaria incompleta y primaria completa con 28.6%, seguido de secundaria completa con 21.4%, el de técnica completa tiene 14.2% y por ultimo sin instrucción tiene 7.1%.

Tabla 4 Características de los Sujetos Estudiados según Estructura Familiar en la que viven

ESTRUCTURA FAMILIAR	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Pareja	4	28.6	9	19.6	13	21.7
Pareja-Hijos	8	57.1	5	10.9	13	21.7
Solo hijos	0	0	22	47.9	22	36.7
Solos	2	14.3	8	17.4	10	16.7
Otros (nietos)	0	0	2	4.3	2	3.3
TOTAL	14	100	46	100	60	100

Se puede observar que el más alto porcentaje de adultos mayores varones viven con sus correspondientes parejas e hijo (57,1%), seguido de vivir con solo su pareja con 28.6% y solo el 14.3% viven solos. A diferencia de las mujeres que el alto porcentaje viven con en compañía de solo sus hijos (47.9%), seguido de vivir solo con sus parejas con un 19,6%, el 17.4% viven solos, y por ultimo un 4.3% viven solo con la compañía de sus nietos.

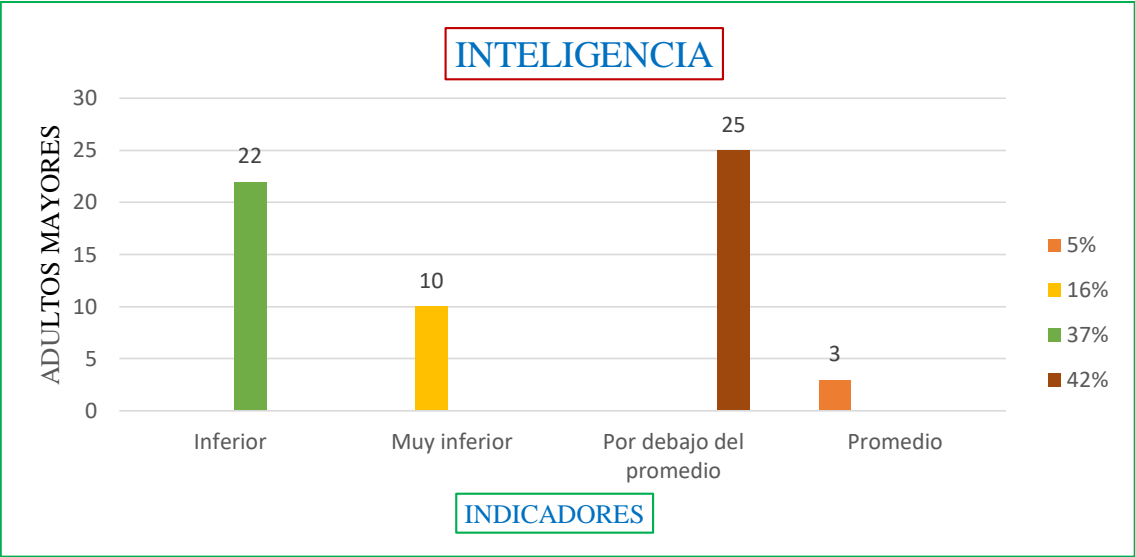
De manera general los adultos mayores que viven en compañía de sus hijos con un porcentaje de 36.7% siendo el más representativo, seguido de los que viven con sus parejas y parejas con hijos con un 21.7%, los adultos mayores que viven solos con un 16.7% y por último el menos representativo los que viven en compañía de sus nietos con un 3.3%.

Tabla 5 Características de los Sujetos Estudiados según su Idioma

IDIOMA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Castellano	3	21.5	15	32.6	18	30
Quechua	1	7.1	0	0	1	1.7
Castellano y Quechua	9	64.3	29	65.2	38	63.3
Castellano y Aymara	1	7.1	2	3.2	3	5
TOTAL	14	100	46	100	60	100

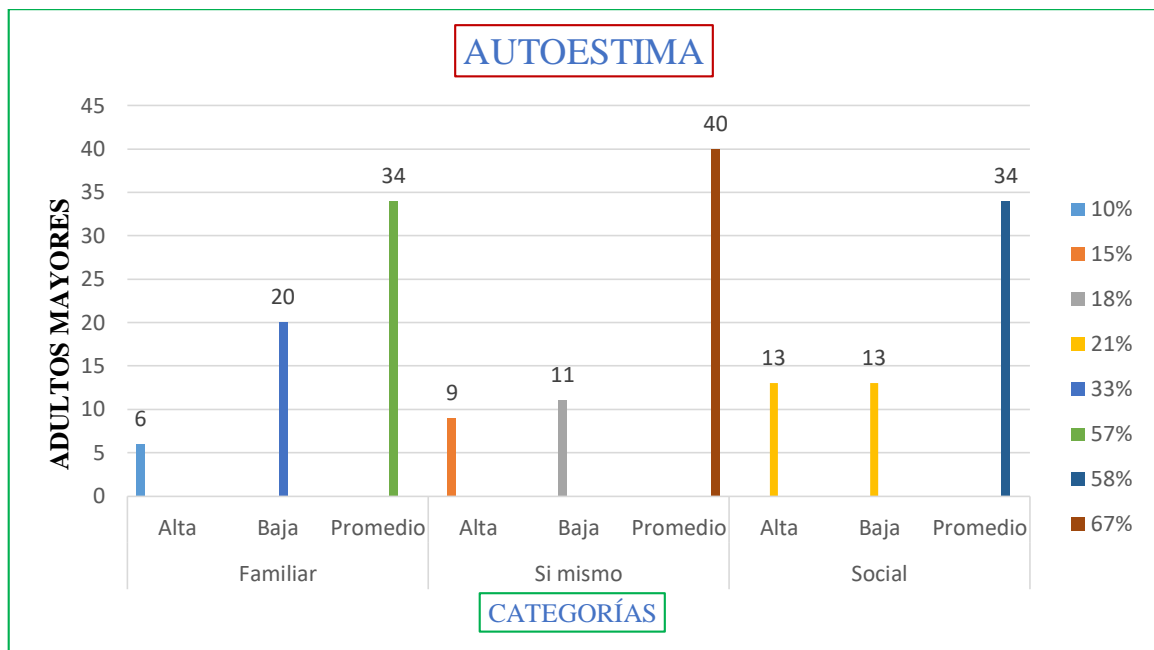
Se puede observar que el más alto porcentaje de adultos mayores tanto varones como mujeres su idioma nativo es tanto el castellano como el quechua (63.3%), siendo 64.3% varones y 65.2% mujeres; el idioma castellano en adultos mayores es de 30% siendo el 21.5% en varones y más representativo en mujeres con un 32.6%, en cuanto el idioma castellano y aymara se tiene un 5% siendo 3.2% en mujeres y 7.1% varones y por ultimo tenemos el quechua con un 1.7% de manera general y solo en varón.

Grafico 1 Dimensiones de la Inteligencia General



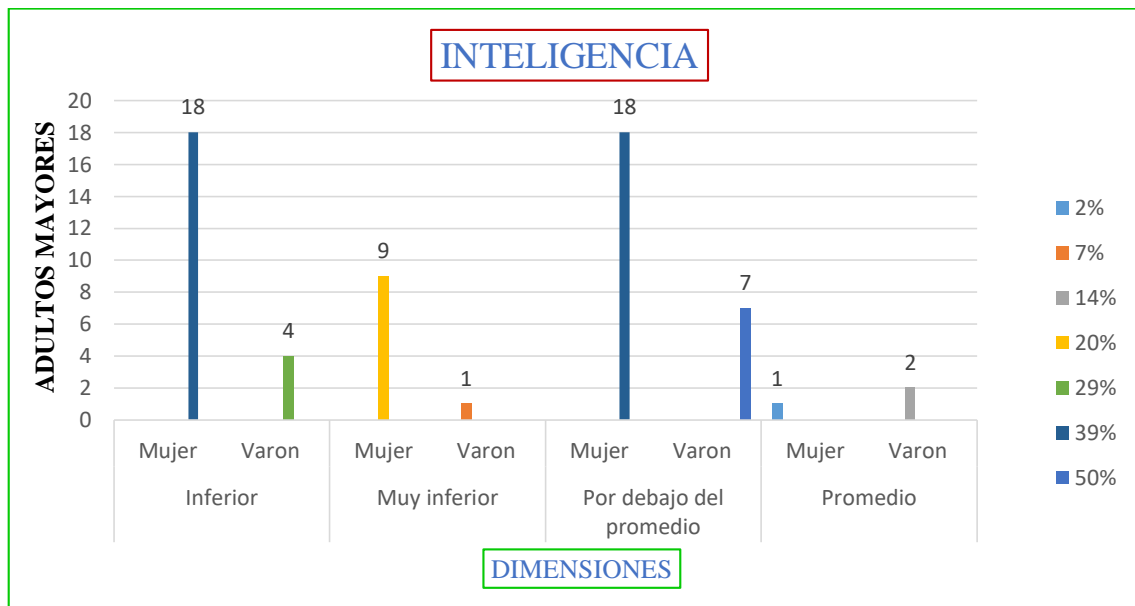
En cuanto a inteligencia en general, tantos adultos mayores mujeres y varones se encontró que el indicador por debajo del promedio que es el más alto con un 42%, el indicador inferior se refleja un 37% de la población estudiada mientras que el indicador muy inferior un 16%, y por último y el más bajo de los indicadores es el promedio con un 5% del total.

Grafico 2 Dimensiones de la Autoestima general



De acuerdo a los resultados se muestra que los adultos mayores varones y mujeres en la categoría sí mismo en el indicador promedio se refleja un 67%, siendo el más elevado, en cuanto al indicador baja es de un 18% y en la categoría alta se evidencia un 15%. En la categoría familiar, en el indicador promedio es de 57%; respecto a la categoría baja es representada por un 33% y en cuanto a la categoría alta se halla un 10%. Referente a la categoría social, el indicador promedio es de un 58%, y tanto el indicador alto y baja es de 21% respectivamente.

Grafico 3 Dimensiones de la Inteligencia según su Sexo

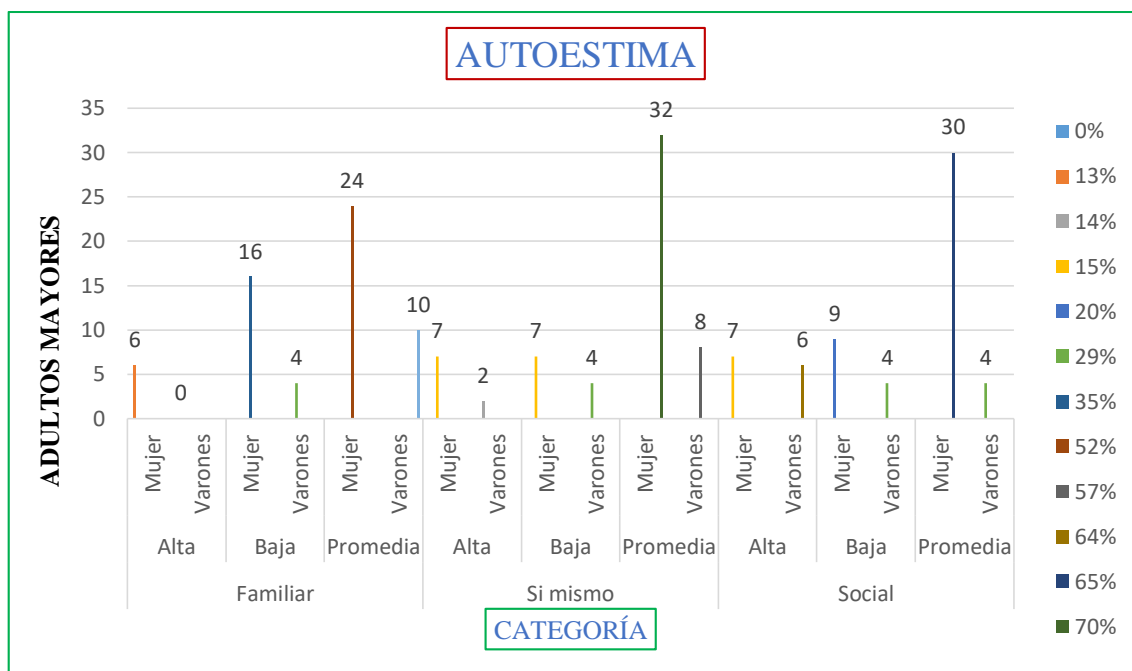


Se ha encontrado que el 50% de adultos mayores varones de la casa del adulto mayor percibe un nivel de inteligencia por debajo del promedio, mientras que en el caso de adultos mayores mujeres es el 39%, lo que nos demostraría que aún conservan esta función cognitiva que no es determinante para desarrollarse dentro un grupo.

Se puede apreciar que existe un porcentaje considerable de adultos mayores varones y mujeres (29% y 39% respectivamente) poseen su inteligencia en nivel inferior, y un 7% y 20% de igual manera poseen un nivel muy inferior.

Sin embargo, un grupo pequeños de adultos mayores varones como mujeres (14% y 2% respectivamente) posee promedio en su nivel de inteligencia.

Grafico 4 Dimensiones de la Autoestima según su Sexo



En cuanto a la categoría sí mismo, social y familiar tanto mujeres como varones presenta un alto porcentaje en el indicador promedio, siendo el porcentaje de las categorías de familiar y social elevadas de las mujeres que de los varones (52%, 20%, 65% y 29% respectivamente), a diferencia de la categoría de sí mismo en donde hay una mayor incidencia de mujeres con un 70% y 57% en varones respectivamente.

En cuanto a la categoría de Alta autoestima en las dimensiones de social es la más elevada en el caso de los varones a diferencia de las mujeres que se percibe más baja con un 13%, en la dimensión de Sí mismo se percibe que se encuentran tanto varones como mujeres casi del mismo porcentaje de 14% y 13% y por último en la dimensión familiar se percibe muy baja y nula en el caso de los varones 13% y 0% respectivamente.

En cuanto la categoría de Baja Autoestima en la dimensión familiar es el más elevado porcentaje tanto varones y mujeres con un 35% y 29% respectivamente, en cuanto a la dimensión social y de sí mismo se encuentran casi en el mismo nivel de porcentaje en cuanto a los varones con un 29% en ambos casos y de las mujeres un poco de diferencia como son del 20% y 15% respectivamente.

Cuadro 1 Resultados de la Inteligencia y dimensiones de Sí mismo General en Autoestima en Adultos Mayores Chi Cuadrado

Cuadro cruzado

			Sí mismo general			Total
			Baja	Promedio	Alta	
Inteligencia	Muy inferior	Frecuencia	0	10	2	12
		%	0,0%	83,3%	16,7%	100,0%
	Inferior	Frecuencia	4	16	2	22
		%	18,2%	72,7%	9,1%	100,0%
	Por debajo del promedio	Frecuencia	7	13	3	23
		%	30,4%	56,5%	13,0%	100,0%
	Promedio	Frecuencia	0	1	2	3
		%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	Total	Frecuencia	11	40	9	60
		%	18,3%	66,7%	15,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,996	6	,062
N de casos válidos	60		

No hallamos una relación estadísticamente significativa entre la inteligencia y la autoestima en sí mismo ($\chi^2=11.996$; $p>0.05$). Se puede observar que mayormente los evaluados independientemente de su nivel de inteligencia presentan un nivel promedio de autoestima hacia sí mismo: inteligencia muy inferior (83.3%), inferior (72.7%), por debajo del promedio (56.5%). Si bien la mayoría de evaluados con una inteligencia promedio tienen una alta autoestima hacia sí mismos (66.7%), el número de personas con este nivel de inteligencia es muy pequeño (3 personas).

Cuadro 2 Resultados de la Inteligencia y dimensión Social de Autoestima en Adultos Mayores Chi Cuadrado

Cuadro cruzado

			Social			Total
			Baja	Promedio	Alta	
Inteligencia	Muy inferior	Frecuencia	3	6	3	12
		%	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
	Inferior	Frecuencia	10	11	1	22
		%	45,5%	50,0%	4,5%	100,0%
	Por debajo del promedio	Frecuencia	6	15	2	23
		%	26,1%	65,2%	8,7%	100,0%
	Promedio	Frecuencia	1	2	0	3
		%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
	Total	Frecuencia	20	34	6	60
		%	33,3%	56,7%	10,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,892	6	,435
N de casos válidos	60		

No hallamos una relación estadísticamente significativa entre la inteligencia y la autoestima social ($\chi^2=5.892$; $p>0.05$). Se puede observar que mayormente los evaluados independientemente de su nivel de inteligencia presentan un nivel promedio de autoestima social: inteligencia muy inferior (50%), inferior (50%), por debajo del promedio (65.2%) y promedio (66.7%).

Cuadro 3 Resultados de la Inteligencia y dimensión Familiar de Autoestima en Adultos Mayores Chi Cuadrado

Cuadro cruzado

			Familiar			Total
			Baja	Promedio	Alta	
Inteligencia	Muy inferior	Frecuencia	3	6	3	12
		%	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
	Inferior	Frecuencia	7	12	3	22
		%	31,8%	54,5%	13,6%	100,0%
	Por debajo del promedio	Frecuencia	3	15	5	23
		%	13,0%	65,2%	21,7%	100,0%
	Promedio	Frecuencia	1	0	2	3
		%	33,3%	0,0%	66,7%	100,0%
	Total	Frecuencia	14	33	13	60
		%	23,3%	55,0%	21,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,527	6	,275
N de casos válidos	60		

No hallamos una relación estadísticamente significativa entre la inteligencia y la autoestima familiar ($\chi^2=7.527$; $p>0.05$). Se puede observar que mayormente los evaluados independientemente de su nivel de inteligencia presentan un nivel promedio de autoestima familiar: inteligencia muy inferior (50%), inferior (54.5%), por debajo del promedio (65.2%). Si bien la mayoría de evaluados con una inteligencia promedio tienen una alta autoestima familiar (66.7%), el número de personas con este nivel de inteligencia es muy pequeño (3 personas).

Cuadro 4 Resultados de la Inteligencia y Autoestima Global en Adultos Mayores Chi Cuadrado

Cuadro cruzado

			Global			Total
			Baja	Promedio	Alta	
Inteligencia	Muy inferior	Frecuencia	1	9	2	12
		%	8,3%	75,0%	16,7%	100,0%
	Inferior	Frecuencia	9	13	0	22
		%	40,9%	59,1%	0,0%	100,0%
	Por debajo del promedio	Frecuencia	7	15	1	23
		%	30,4%	65,2%	4,3%	100,0%
	Promedio	Frecuencia	1	1	1	3
		%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	Total	Frecuencia	18	38	4	60
		%	30,0%	63,3%	6,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,175	6	,117
N de casos válidos	60		

No hallamos una relación estadísticamente significativa entre la inteligencia y la autoestima global ($\chi^2=10.175$; $p>0.05$). Se puede observar que mayormente los evaluados independientemente de su nivel de inteligencia presentan un nivel promedio de autoestima global: inteligencia muy inferior (75%), inferior (59.1%), por debajo del promedio (65.2%).

Cuadro 5 Resultado de la Correlación entre Inteligencia y Autoestima en Adultos Mayores

		Sí mismo general	Social	Familiar	Global
Inteligencia	Correlación de Pearson	,085	-,091	,114	,080
	Sig. (bilateral)	,519	,489	,385	,546
	N	60	60	60	60

No hallamos una relación estadísticamente significativa entre la inteligencia y la autoestima hacia sí mismo ($r=0.085$; $p>0.05$), social ($r= -0.091$; $p>0.05$), familiar ($r=0.114$; $p>0.05$) y global ($r=0.080$; $p>0.05$).

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Durante el desarrollo de la presente investigación, se encontró que son escasas las investigaciones relacionadas al tema y que las investigaciones que se encontraron en su mayoría eran del área de enfermería como trabajo social , por lo que se muestra la poca importancia que la psicología le presta a esta etapa en la que se requiere de su contribución y participación ; puesto que los adultos mayores requieren de proyectos que los ayuden a tener calidad de vida, como también programas que les brinden ayuda sobre todo por aquellos que no cuentan con familia . En nuestro entorno la presencia de adultos mayores, es muy notorio así mismo de la condición de algunos de ellos dado que se encuentran en extrema pobreza y abandono, siendo grupos de ayuda los que les brindan apoyo en sus carencias.

La salud y la longevidad están estrechamente ligadas con la educación y otros aspectos de la posición socioeconómica (Kinsella y Velkoff, 2001). En el estudio longitudinal de George Vaillant que se realizó durante 60 años con 237 estudiantes de Harvard y 332 jóvenes de zonas urbanas pobres, la salud de los hombres con carencias se deterioró con mayor rapidez, a menos que hubieran terminado la universidad. Algunos predictores de

la salud y duración de la vida escapaban al control del individuo: la clase social, cohesión de la familia en la niñez; longevidad de los antepasados y temperamento en la niñez.

Otros predictores, aparte de la educación superior, podían controlarse al menos de manera parcial: el abuso del alcohol, el tabaquismo, el índice de masa corporal, el ejercicio, la estabilidad marital y las técnicas de afrontamiento Vaillant y Mukamal 2001 citados por Papalia D. (2012); de lo que se infiere que el ser humano requiere de un entorno tanto productivo y saludable para su desarrollo como para una vida apta y por ende una apropiada vejez, en la que también se requiere de un cuidado en los hábitos de vida .

Se evidencia mediante la presente investigación que no hay relación entre la inteligencia y autoestima en global, ni con ninguna de las categorías de la misma; por lo que se corrobora la hipótesis nula de nuestra investigación.

En la presente investigación se muestra que el nivel de autoestima es promedio, de lo que se infiere que su autoestima es apta; por lo que contradice a la investigación de Ramos de Oliveira y Páez (2007) en la que los estudios sobre autoestima en la vejez afirman que esta es menor durante esta etapa al igual que su autopercepción, no siendo así en nuestro caso dados los resultados se evidencia que a pesar de que puede ser complicada la etapa de la senectud por los cambios que trae consigo, no hace que el adulto mayor se desvalore, sino que está aprendiendo a valorarse a sí mismo como su autopercepción es apropiada y por ende no menosprecia su etapa de vida, por tanto también dista de los resultados de Castro C. Y Gómez G. (2015) en el cual sus estudios muestran que los adultos mayores poseen una alta autoestima, siendo que en nuestros resultados la autoestima es promedio, por lo que es apropiado; no se da el caso de que tengan una alta autoestima la cual les permitiría ser más seguros de sí mismos, con mayor capacidad de decisión, autonomía y autocrítica lo cual no se evidencia en gran magnitud en nuestros evaluados.

Con respecto a las investigaciones mencionadas, nuestros resultados no coinciden con ninguno de ellos, ya que el nivel de autoestima que poseen los adultos mayores evaluados en nuestra investigación poseen un autoestima promedio lo cual es favorable y por lo que se puede realizar tanto estrategias de bienestar y en favor de que tengan una vejez saludable, ya que de haber poseído en su mayoría un autoestima baja, se hubiese tenido que trabajar en la educación y refuerzo del tema y trabajar con personas de su entorno para que los ayuden en su autoconcepto y autoconocimiento.

De haber sido que poseían una alta autoestima, no hubiese existido la necesidad de aplicar estrategias, solo tal vez consejería ya que al tener alta autoestima, tiene un autoconcepto y autopercepción muy elevados que les permite ser hasta cierto punto autosuficientes.

Con respecto a la investigación realizada por Diaz Portugal Y. en 1999 titulado “Depresión y Autoestima en personas de la tercera edad entre 60 y 79 años”, en la ciudad de Arequipa se encontró que coincide los resultados en cuanto a autoestima dado que en nuestra investigación predomina el nivel de autoestima promedio al igual de la investigación antes mencionada, la cual es de un 50.6% en autoestima medio, seguido por la alta autoestima con un 42.8% y finalmente con una autoestima baja del 6.6% del total de evaluados y así mismo de acuerdo a sus resultados se concluyó que no existe diferencias en los niveles de autoestima según el sexo. Al haber coincidencias por la investigación mencionada corrobora y respalda el trabajo que realizamos.

En nuestra investigación realizamos el trabajo con personas de forma indistinta a su condición económica a diferencia de Villavicencio R. y Rivero A. (2011) en la que se relacionó la autoestima con el nivel de ayuda económica y social que perciben, siendo como resultado que tenían alta autoestima aquellos que percibían ayuda social como económica; mediante nuestra investigación corroboramos que indistintamente de la ayuda social y económica que puedan recibir, los adultos mayores, poseen un autoestima promedio; tomando en cuenta que en la casa del adulto mayor los asistentes en su mayoría, aún se encuentran laboralmente activos , ya que comentaron que algunos de ellos aún se encuentran en labores agropecuarias y trabajos independientes como venta de golosinas y similares .

Asimismo contrario a lo que muchos creen, de que los adultos mayores deben tener una vida sedentaria y que así conservarán un mejor estado de salud, se contraponen lo observado y evidenciado, puesto que los adultos mayores de la casa del adulto mayor son activos laboralmente y si bien es cierto sufren achaques propios de su edad, esto no hace que decremente su estado anímico con facilidad, lo cual se corrobora con los resultados respecto a autoestima que nos manifiesta ser promedio; por ello cabe destacar que en ello acierta Rowe al proponer un envejecimiento exitoso en el que se le de labores y actividades a los adultos mayores en los cuales sean útiles, pero más importante es que ellos se sientan útiles; asimismo que les permite tener una vida social activa en la que puedan comunicarse y escuchar y que continúen siendo partícipes de la sociedad .

En cuanto a ello la OMS manifiesta que se debe implantar estrategias de ayuda y orientación en cuanto a esta etapa, lo cual se observó que ninguno de los participantes de la investigación tuvo, ya que desconocían múltiples cambios tanto físicos como psicológicos se dan en esta fase, por ello se requiere dichas estrategias de orientación en pro de una vejez saludable y adecuada, la cual es uno de los propósitos de nuestra investigación y que se preste la debida importancia a ello.

Respecto al nivel de inteligencia, nuestros evaluados evidenciaron un nivel de inteligencia por debajo del promedio, por lo que se desenvuelven y desarrollan con normalidad a pesar de los resultados. De acuerdo a Extremera (2004) que toma a la inteligencia como la capacidad única del ser humano que le permite adaptarse a su entorno y la cualidad para la aprensión de nueva información, nos muestra que respalda nuestros resultados y la funcionalidad de los evaluados. También cabe ser mencionado la postura de Graham la cual manifestaba que el nivel socioeconómico de las personas dependía de su riqueza y que ellos era parte de la selección natural, dado que así se distinguía a la gente con dinero como afortunada y a la gente carente como desafortunada; por lo que podemos decir que ello no es así ya que los adultos mayores aún son funcionales y se adaptan a su entorno y que su capacidad intelectual difiere de su condición económica. Asimismo, de acuerdo a Papalia D. (2012) respecto a la disminución de inteligencia en edad tardía, indica que depende de qué capacidades se midan y cómo. Algunas de ellas, como la velocidad de los procesos mentales y el razonamiento abstracto, pueden disminuir en los años finales, pero otras tienden a mejorar durante la mayor parte de la vida adulta. Y aunque los cambios en las capacidades de procesamiento pueden reflejar deterioro neurológico, existe mucha variación individual, lo que sugiere que los deterioros del funcionamiento no son inevitables y quizá puedan prevenirse.

CONCLUSIONES

PRIMERA: En la presente investigación se ha encontrado que no hay una relación estadísticamente significativa entre inteligencia y autoestima con un valor $\chi^2=10.175$; $p>0.05$ por lo que se determina que independientemente del nivel de inteligencia, la autoestima de los adultos mayores evaluados es un nivel promedio, sin que esto afecte su inteligencia.

SEGUNDA: En cuanto a inteligencia en general, tantos adultos mayores mujeres y varones se encontró que el indicador por debajo del promedio que es el más alto con un 42%, el indicador inferior se refleja un 37%, mientras que el indicador muy inferior un 16%, y por último y el más bajo de los indicadores es el promedio con un 5% del total, demostrando que los adultos mayores carecen de conocimientos académicos y de instrucción.

TERCERA: De acuerdo a los resultados se muestra que los adultos mayores varones y mujeres en la categoría sí mismo en el indicador promedio se refleja un 67%, siendo el más elevado, en cuanto al indicador baja es de un 18% y en la categoría alta se evidencia un 15%. En la categoría familiar, en el indicador promedio es de 57%; respecto a la categoría baja es representada por un 33% y en cuanto a la categoría alta se halla un 10%. Referente a la categoría social, el indicador promedio es de un 58%, y tanto el indicador alto y baja es de 21% respectivamente, evidenciándose que la mayoría posee una autoestima apta como una correcta autopercepción.

CUARTA: Se ha encontrado que el 50 % de adultos mayores varones de la casa del adulto mayor presenta un nivel de inteligencia por debajo del promedio, mientras que los adultos mayores mujeres presenta un nivel por debajo del promedio con un 39%, lo que nos demuestra que aún mantienen esta función cognitiva la misma que no es determinante para desarrollarse dentro un grupo; pero que si se evidencia que aún la poseen y por ende son personas funcionales y que pueden por ello desarrollarse en diferentes sectores para su bienestar como para los de su entorno.

QUINTA: En cuanto el nivel de autoestima se encontró que los asistentes de la Casa de Cerro Colorado tanto varones como mujeres, en todas las categorías (familiar, sí mismo y social) tienen un nivel promedio, pero es en las mujeres que hay una diferencia significativa mayor que en varones.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Laborterapia, para que los adultos mayores continúen siendo funcionales como productivos para sí mismos y para sus familias, por tanto, pueden desarrollar diversas habilidades que antes no pensaban que podían hacer.

SEGUNDA: Realizar campañas sobre la importancia de envejecer y cómo afrontarlo, en las que se les muestre a los adultos mayores técnicas estratégicas que les permita sobrellevar lo cambios de esta etapa y que puedan valorar los conocimientos adquiridos como las vivencias y que puedan transmitirlo a personas de su entorno.

TERCERA: Reforzar el trabajo de la familia en jornadas de reminiscencia a lado de los adultos mayores para reforzar recuerdos y así favorecer integración del pasado y presente ayudándoles en la cognición; puesto que en las reminiscencias se verán en la necesidad de recordar vivencias y situaciones, para así integrarlas como compararlas con las vivencias actuales.

CUARTA: Fomentar charlas y sesiones sobre la importancia que tiene el conocer y saber sobre el envejecimiento y de cómo vivirla, dirigida a público en general, puesto que así se informa a las personas de diferentes edades, facilitándoles información previa a esta etapa o en otros casos de ser ya adultos mayores les ayudará a tener una mejor visión de la etapa en la que se encuentran.

QUINTA: Realizar consejería a los familiares cercanos al adulto mayor, en los cuales se les dé información acerca de que trata y cómo manejar situaciones en esta etapa para que puedan brindar la ayuda requerida como la comprensión sobre los adultos mayores y de los cambios que atraviesan.

SEXTA: Apoyar en intercambios intergeneracionales en los que se compartan vivencias como sabiduría popular en especial con jóvenes, adolescentes y púberes, para que puedan nutrirse de conocimientos como de experiencias que les puedan ayudar en su diario vivir como en toma de decisiones; asimismo para que compartan anécdotas de las cuales puede tomarse en cuenta para afianzar lazos de cercanía.

OCTAVA: Implementar más centros de ayuda y orientación para adultos mayores a los cuales puedan acudir y en los que se les dé un trato digno como también se le brinde soluciones y/o ayuda sea el caso que lo requiera.

NOVENA: Desarrollar sesiones de salud mental para adultos mayores en los que el adulto mayor pueda expresarse grupalmente acerca de cómo se siente y que es lo que le afecta en esta etapa, para que así pueda contrastar vivencias y buscar posibles soluciones a sus problemas; asimismo en las que se les brinde información acerca de aquellas afecciones mentales que se presentan a esta edad y puedan distinguirlos para ser tratados oportunamente.

REFERENCIAS

- Acosta y Hernández (2004) La autoestima en la educación, *Redalyc.org*, 11, 82-95.
- Almarche, M. (2012). *Fundamentos*. Obtenido de <http://www.educamus.es/index.php/inteligencia>
- Barraza, A. & Castillo M. El Envejecimiento. 2006
- Branden N. Los seis pilares de la autoestima. 1995. Editorial Paidós
- Brown, L., Sherbenou, R. J., & Johnsen, S. K. (2009). *TONI-2 TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL*. España: TEA Ediciones.
- Castillo, A. B. (Marzo-Mayo de 2006). El Envejecimiento. *Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar*. La Serena, Coquimbo, Chile: Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción.
- Castro C. Y Gómez G. (2015). "Capacidad Funcional Instrumental Y Autoestima De Las Personas Asistentes Al Centro Del Adulto Mayor, Chachapoyas - 2014". Universidad Nacional "Toribio Rodríguez De Mendoza De Amazonas".
- CEPAL. 30 de junio 2016. instituciones públicas y el envejecimiento
- Coopersmith, S. (2006). *Escala de Autoestima de Coopersmith*. Lima.
- Cortés de Aragón, I. (1999). *Autoestima. comprensión y práctica*. San Pablo.
- Demetriou, A. (2002). *Tracing Psychology's Invisible Giant and Its Visible Guards. The General Factor of Intelligence. En Stenberg, R. (ed) How General Is It? Lawrence Erlbaum Associates, Publishers*. Mahwah, New Jersey.
- Díaz Y. (1999). Depresión y Autoestima en personas de la tercera edad entre 60 y 79 años. Arequipa
- Díaz, M. (2008). Autoestima y Autoeficacia durante el proceso de jubilación en los Hombres. *Universidad de Aconcagua*. Mendoza, Aconcagua, Argentina.
- Espinosa Z. (2010). "El Adulto Mayor No Es Sinónimo De Muerte; Aún Vive".
- Extremera, N., & Fernández, B. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado, evidencias empíricas. España.
- Figuerola Aparicio B. ensayo "Diversas facetas de la mujer en la evolución cronológica". 2014
- Gottfredson. 1994. *Main stream science on intelligence*.
- Hernández, Fernández R. & Baptista; Pilar Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill, México 2010.
- Inteligencia (2003). The Columbia Electronic Encyclopedia, Sixth Edition Columbia University Press. Licensed from Columbia University Press. Recuperado el 3 de junio de 2005.

[http:// www.cc.columbia.edu/cu/cup/](http://www.cc.columbia.edu/cu/cup/)

Intelligence (2002). Thesaurus Houghton Mifflin Company. Recuperado el 3 de junio de 2005. <http://www.answers.com/Intelligence>

Frais, T. O. (15 de Abril de 2014). *La vejez*. Obtenido de Vejes dede una mirada del desarrollo humano: http://revistavejez.blogspot.pe/2014/04/lavejez-segun-orosa-frais-2003la_15.html

Gomez, A. L., & Nuñez, O. L. (17 de Enero de 2009). *Monografias.com*. Obtenido de Monografis.com: <http://www.monografias.com/trabajos13/elretram/elretram.shtml>

Hernández, A. y. (2004). La autoestima en la educación . *Redalyc.org*, 82-95.

Huenchuan, S. (2016). *Envejecimiento e Institucionalidad pública en America y el Caribe: Conceptos, metodologías y casos practicos*. Chile: Naciones Unidas.

INEI. (2017). *Situacion de la Poblacion Adulta Mayor*. Lima.

Lafay, C. (2013). *Soluciones a la Crisis*. España: Carena.

López., A. M. (2005). Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor. *Ampasi.org*, 196.

Marín Azahara. Diferencias entre Inteligencia y CI (Coeficiente Intelectual)

Mayor, D. d. (01 de Enero de 2015). *conceptodefinicion.de*. Obtenido de <http://conceptodefinicion.de/adulto-mayor/>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2013-2017). *Plan Nacional para las personas Adultas Mayores 2013-2017*. Lima.

Ministerio de Salud. (2006). *Lineamientos para la Atencion integral de salud de las personas adultas mayores*. Perú.

Monroy A. Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor. Diciembre 2005. México

OMS. (2017). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>

Papalia, D. (2012). *Desarrollo Humano*. Editorial Interamericana. Mexico.

Política Nacional del Adulto Mayor 1996 comité nacional del adulto mayor

Raffini, J. (1998). 100 maneras de incrementar la motivación en clase. España. Troquel.

Ribero Casado, J. M. (2004). *Monografias Humanitas*. Obtenido de Envejecimiento: http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/Monografia_Humanitas_1.pdf

Ramos de Oliveira, R., & Páez, D. (2007). Diferencias en auto-estima conforme la edad y etnicidad. Actas del X Congreso Nacional de Psicología Social. Cádiz: Universidad de Cádiz.d

Reig, A. (2004). Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), Gerontología Social (167-200). Madrid: Pirámide Psicología.

Rowe J. (1987) Human aging usuald and succesful science. 1987

Sanz, C. (2013). *El mundo del Superdotado*. Obtenido de El mundo del superdotado:
<http://www.elmundodelsuperdotado.com/blog/>

Salermo J. Envejecimiento de los EE.UU 7 de marzo 2013

Villavicencio, I. J., & Rivero, R. P. (2011). Nivel de Autoestima de las personas adultas mayores que acuden a los comedores de la sociedad publica de beneficencia de lima metropolitana 2011. *Revista Científica Alas Peruanas*.

Yuste N., Rubio R. & Alexaindre M.(2004). Introduccion a la Psicogerontología. Editorial Piramide.

ANEXO

ANEXO A

FICHA PERSONAL

1. DATOS PERSONALES					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
2. FECHA DE NACIMIENTO			3. LUGAR DE NACIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
4. ESTADO CIVIL					
SOLTERO(A)	CASADO(A)	VIUDO(A)	DIVORCIADO(A)	CONVIVIENTE	
5. SEXO		HOMBRE		MUJER	
6. NIVEL EDUCATIVO					
ED. ESPECIAL	SIN INSTRUCCION	PRIMARIA INCOMPLETA	PRIMARIA COMPLETA	SECUNDARIA INCOMPLETA	
SECUNDARIA COMPLETA	TECNICO INCOMPLETA	TECNICA COMPLETA	SUPERIOR INCOMPLETA	SUPERIOR COMPLETA	
7. IDIOMA					
CATELLANO		QUECHUA		OTRO	
8. DATOS DE OTROS FAMILIARES					
APELLIDOS Y NOMBRES		PARENTE SCO	ESTADO CIVIL	VIVE SI NO	
9. CASA DEL ADULTO MAYOR:					
10. DATOS DE INTERES					
VISION	AUDICION	ORIENTACION TEMPORO ESPACIAL	PROBLEMAS DE SALUD		

TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL TONY – 2

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		
	13.	1	2	3	4	5	6	41.	1	2	3	4		
	14.	1	2	3	4	5	6	42.	1	2	3	4	5	6
13-17 yrs. >	15.	1	2	3	4			43.	1	2	3	4	5	6
	16.	1	2	3	4	5	6	44.	1	2	3	4	5	6
	17.	1	2	3	4	5	6	45.	1	2	3	4		
	18.	1	2	3	4	5	6	46.	1	2	3	4	5	6
	19.	1	2	3	4			47.	1	2	3	4		
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			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									

INVENTARIO DE AUTOESTIMA VERSION ADULTOS

Nombre: Edad: Sexo:

Profesión: Fecha: (M)(F)

Marque con un (X) en la palabra SI o NO, EN LA HOJA DE RESPUESTAS, de acuerdo a los siguientes criterios:

SI: cuando la frase SI coincide con su forma de ser o pensar

NO: si la frase NO coincide con su forma de ser o pensar

N° FRASE DESCRIPTIVA

- 1 Usualmente las cosas no me molestan
- 2 Me resulta difícil hablar frente a un grupo
- 3 Hay muchas cosas de mi que cambiaría si pudiese
- 4 Puedo tomar decisiones sin mayor dificultad
- 5 Soy muy divertido (a)
- 6 Me altero fácilmente en casa
- 7 Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cosa nueva
- 8 Soy popular entre las personas de mi edad
- 9 Generalmente mi familia considera mis sentimientos
- 10 Me rindo fácilmente
- 11 Mi familia espera mucho de mí
- 12 Es bastante difícil ser "Yomismo "
- 13 Me siento muchas veces confundido
- 14 La gente usualmente sigue mis ideas
- 15 Tengo una pobre opinión acerca de mí mismo
- 16 Hay muchas ocasiones en las que me gustaría irme de mi casa
- 17 Frecuentemente me siento descontento con mi trabajo
- 18 No estoy tan simpático como mucha gente
- 19 Si tengo algo que decir, usualmente lo digo
- 20 Mi familia me comprende
- 21 Muchas personas son más preferidas que yo
- 22 Frecuentemente siento como si mi familia me estuviera presionando
- 23 Frecuentemente me siento desalentado con lo que hago
- 24 Frecuentemente desearía ser otra persona
- 25 No soy digno de confianza

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotras somos Bachilleres del área de Psicología de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN. Estamos investigando sobre **LA RELACION DE LA INTELIGENCIA Y AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES DE CERRO COLORADO**. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Nos tomaremos el tiempo para explicarle aquello que le sea difícil de entender. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntar a cualquiera de las dos evaluadoras que conformamos el equipo de investigación.

Para mayor información deseamos compartirle que nuestra investigación busca relacionar la autoestima y la inteligencia en los adultos mayores; siendo la autoestima: la capacidad de valoración hacia sí mismo; inteligencia: la capacidad de retención de conocimientos de todo tipo como académicos y vivenciales. Atraves de nuestra investigación pretendemos evidenciar la relación entre ambos factores y evaluar los estados de ambos.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____ Día/Mes/Año _____

EVALUADO POR:

ANEXO D

OFICIO A LA MUNICIPALIDAD DE CERRO COLORADO

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

SOLICITO: PERMISO PARA APLICACIÓN DE
TESIS

SR. MANUEL VERA PAREDES
ALCALDE DE CERRO COLORADO

YO, ISABEL ROSARIO QUISPE OCSA identificada con DNI. N° 45555573, domiciliada en la Av. Simón Bolívar L2 Mnz 15 Zn. G, de la Urbanización Pachacutec, del Distrito de Cerro Colorado, Provincia y Departamento de AREQUIPA, y YANET LUCILA SULLA TAIPE identificada con DNI. N° 46652980, domiciliada en la Asoc. Las Malvinas Mz N°2 Lt 8 del Distrito de Cayma, ante Ud. Con el debido respeto nos presentamos y exponemos lo siguiente:

Que, por motivos de obtener el grado de Psicólogas solicitamos el permiso para acceder a su institución para la evaluación de pruebas psicológicas para la tesis llamada "Inteligencia Y Autoestima En El Proceso de Envejecimiento Del Adulto Mayor de la Casa del Adulto Mayor del distrito de Cerro Colorado, 2017", que pertenece C.I.A.M. de su jurisdicción.

Adjunto la Carta de Presentación de parte de la Escuela Profesional de Psicología

POR LO EXPUESTO

Solicito a Ud. delegar a quien corresponda para que se me cumpla dicha petición.

Atentamente.



ISABEL ROSARIO QUISPE OCSA
DNI. N° 45555573



YANET LUCILA SULLA TAIPE
DNI. N° 46652980

Arequipa, 5 de septiembre del 2017

ANEXO E

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA CASA DEL ADULTO MAYOR



Escuela Profesional De Psicología

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Arequipa, 2017 Septiembre 04

OFICIO N° 351-2017-EP.PS.



SEÑOR
DECANO(A)
PRESENTE


Por el presente lo saludamos cordialmente para manifestar a ustedes que nuestros egresados de la Escuela Profesional de Psicología, que se detalla a continuación, se encuentran realizando el trabajo de Tesis para obtener el Título Profesional, con el Tema "Inteligencia y Autoestima en el Proceso de Envejecimiento del Adulto Mayor" por lo que nos dirigimos a su Despacho para solicitar su valioso apoyo en disponer a quien corresponda se les brinda las facilidades necesarias, para la aplicación de pruebas psicológicas. Dichas estudiantes serán asesoradas por la docente Ps. Luana Candelaria Vasquez Samalvides.

- QUISPE OCSA ISABEL ROSARIO
- SULLA TAIPE YANET LUCILA

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

Atentamente,




DR. EDWIN VALDIVIA CARPIO
DIRECTOR
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

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

CASO 1

BACHILLER

ISABEL ROSARIO

QUISPE OCSA

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Sebastián Fabricio
Sexo	: Masculino
Edad	: 8 años y 10 meses.
Fecha de Nacimiento	: 27 de agosto de 2008,
Lugar de Nacimiento	: Arequipa.
Grado de Instrucción	: 3° de Primaria.
Religión	: Católica
Dirección Actual	: Av. Miguel Grau Zn F Mn 6 Lote 1 Pachacutec
Informante	: El paciente y la mamá.
Fecha de Entrevista	: 27 de Junio del 2017. 29 de Setiembre del 2017
Entrevistadora	: Isabel Rosario Quispe Ocsa

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Fabricio fue traído por su madre pues refiere “que su niño es muy inquieto, movedizo que no puede quedarse quieto por un momento, no quiere hacer las tareas y prefiere salir a jugar con sus primos”.

III. PROBLEMA ACTUAL

Fabricio desde que tiene 4 años empezó mostrarse muy inquieto, no hace caso a la mamá cuando se le dice: “que vaya a hacer sus tareas”, porque él prefiere seguir jugando cuando son fines de semana ya que cuando son los días de semana, después de llegar del colegio se le dice que haga su tarea, lo empieza hacer, pero llega un momento que no quiere dice “no puedo... no sé cómo”, se enoja, insulta diciendo a su madre “eres una mala, eres fea, gorda” pero después pide disculpas. En su colegio está bien y la profesora dice que puede dar más.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

- **PERIODO DEL DESARROLLO**

Etapas pre natal

Fabricio es un niño que no fue planificado, pero si deseado por la madre y no por su padre. Tuvo una gestación normal y en el tiempo esperado, la madre recibió todos sus controles cada mes y cuenta que tuvo durante el embarazo muchos vómitos e hinchazón de los pies. Durante la gestación la madre no sintió ningún temor o preocupación por su hijo.

Etapas natal

Fabricio nació en el hospital Goyoneche de un parto normal sin ningún problema a los 9 meses cuando la mamá tenía 32 años. El parto duro 5 horas. El niño lloró enseguida de nacer con un peso de 3,000 gr y su talla aproximada fue de 40 cm.

- **PRIMERA INFANCIA**

Etapas post natal

Alimentación

Recibió lactancia materna hasta el año de edad y el destete fue de inmediato sin problemas. Su alimentación completa la recibió al año. Actualmente posee buen apetito, pero algunas veces come poco.

Desarrollo psicomotor

Los movimientos durante el embarazo fueron normales a los 5 meses. Su desarrollo motor fue normal. Empezó a dar sus primeros pasos al primer año, pero tardó hasta al año y medio para caminar. No ha tenido caídas fuertes ni ha presentado dificultades en el movimiento.

Lenguaje

En cuanto a su lenguaje se desarrolló en la edad correcta. Comenzó a decir sus primeras sílabas a los 8 meses y sus primeras palabras al año y medio además no presentó dificultad para pronunciar las palabras.

Hábitos higiénicos

Sus hábitos higiénicos se iniciaron al año y medio y se formaron a los 2 años. Empezó a bañarse y vestirse solo a los 5 años, pero aún necesita ayuda de su madre para hacerlo. Actualmente le cuesta trabajo vestirse solo pues pierde mucho tiempo decidiendo que ponerse y como arreglarse.

Sueño

Tiene un sueño tranquilo de 8 horas diarias.

- **INFANCIA MEDIA**

Etapas escolar

Asistió a partir de los 3 años al jardín, mostrándose tranquilo y un poco callado, pero poco a poco se relacionaba con facilidad. De pequeño presentó un buen rendimiento ya que su mamá pasaba más tiempo con él apoyando en su desenvolvimiento, actualmente se encuentra en el tercer grado de primaria, mostrando un desempeño escolar regular que podría llegar a ser bueno si pusiera más empeño en cumplir con las tareas. La relación con sus compañeros es regular, ya que igual que en su casa con sus primos, les juega bromas que a muchos de ellos les molesta quejándose con la profesora y ella conversa con él haciéndole ver esto, él se disculpa, pero a los días continua su actitud. La relación su profesora es similar que con su mamá ya que es afectuoso y pedir disculpas cuando se comporta mal. En el colegio suele jugar con todos los niños y es aceptado.

Historia de la recreación y de la vida

Fabricio suele quedarse siempre en casa los fines de semana divirtiéndose con la televisión, juegos en el play station y sobretodo jugar con sus 3 primos que viven cerca, a quienes les juega bromas para que se rían.

Con su papá Néstor salen de paseo al parque, a los juegos mecánicos y a comer en los fines de semana cuando él esta.

Con su mamá salen a visitar a su tío Nelson cuando Fabricio lo desea, siendo usualmente los fines de semana por la tarde.

V. HISTORIA FAMILIAR

Composición Familiar

Fabricio es hijo único de una familia ensamblada o reconstituida formada por él, su madre y Néstor quien desde hace un año su mamá lo conoció siendo él ahora su pareja actual a quien Fabricio lo considera como un papá pues le da muchas cosas y los lleva a pasear, pero también considera como papá a su tío Nelson que estuvo con él desde que nació y lo quiere mucho. Su papá Néstor trabaja en la mina por lo que mayor tiempo vive fuera de la casa, pero siempre está con ellos cuando llega, su mamá es

ama de casa por ahora. Su padre biológico de Fabricio no se hizo cargo de él desde que nació, la madre hace años atrás se enteró donde vivía, lo buscó y se enteró que ya tiene otra familia con 2 hijos menores que Fabricio, la madre le habló le dio su teléfono para que visite a Fabricio pero nunca se apareció, por lo que la madre hace unos meses decidió entablarle un juicio, pero ante esto el padre planteo una conciliación en la que se comprometía a pasarle alimentación y a partir del primer mes que pagará él podría visitar a Fabricio pero aún hasta ahora no lo hace, con esto la madre buscaba que se acerque a su hijo y lo conozca pero hasta ahora nada. Fabricio no sabe nada de él y jamás preguntó por su padre biológico. Su papá Néstor es quien ahora lo viste y le provee sus necesidades básicas.

Además de vivir con su mamá y su papá Néstor, también está su abuelita, sus tíos maternos y sus 3 primos de menos edad que él, ellos viven en la casa contigua a la suya. Su tío Néstor vive en un departamento a unos minutos de distancia en carro cerca de casa y es por ello que tiene mucha cercanía con él y lo visita constantemente.

Fabricio quiere mucho a su madre y a sus padres, pero como pasa la mayor parte del tiempo con su madre a ella no le hace caso, hay momentos en que la insulta y al rato después se muestra cariñoso abrazándola y dándole besitos pidiendo perdón.

En casa Fabricio no tiene responsabilidad alguna solo de hacer su tarea y si es que se le encargara algo no lo cumple pues la madre lo intentó, pero no lo hace.

VI. HISTORIA SOCIO-ECONÓMICA

La manutención del hogar lo da su papá Néstor con su empleo en la mina, siendo el que corre con todos los gastos y pensiones del colegio. La mamá y Fabricio viven en una casa propia hecha de ladrillos, que cuenta con todos los servicios básicos y posee 3 ambientes; 1 dormitorios, la cocina y la sala.

VII.RESUMEN

Fabricio fue un niño que no fue planificado, pero si deseado por la madre y no por su padre. Tuvo una gestación normal y en el tiempo esperado, la madre recibió todos sus controles cada mes. Durante la gestación la madre no sintió ningún temor o preocupación por su hijo.

Fabricio nació de un parto normal sin ningún problema a los 9 meses. Su diagnóstico fue de niño sano, pesando 3, 000 gr y con una estatura de 40 cm.

El desarrollo neuromuscular de Fabricio se dio de manera normal, dio sus primeros pasos al primer año, pero tardó hasta el año y medio para caminar. No ha tenido caídas fuertes ni ha presentado dificultades en el movimiento.

Su lenguaje también se ha desarrollado normalmente, comenzando a decir sus primeras sílabas a los 8 meses y sus primeras palabras al año y medio además no presentó dificultad para pronunciar las palabras. En cuanto a sus hábitos, Fabricio ha logrado formar sus hábitos alimenticios, de higiene y sueño de manera correcta. Aunque aún le cuesta trabajo vestirse solo pues pierde mucho tiempo decidiendo que ponerse.

Actualmente se encuentra en el tercer grado de primaria, mostrando un desempeño escolar regular que podría llegar a ser bueno si pusiera más empeño en cumplir con las tareas.

Fabricio es hijo único de una familia ensamblada o reconstituida formada por él, su madre y Néstor, Fabricio lo considera como un papá, pero también considera como papá a su tío Nelson que estuvo con él desde que nació y lo quiere mucho. Su papá Néstor trabaja en la mina por lo que mayor tiempo vive fuera de la casa, pero siempre está con ellos cuando llega, su mamá es ama de casa por ahora. Su padre biológico de Fabricio no se hizo cargo de él desde que nació y no sabe nada y jamás pregunto de él. Su papa Néstor es quien ahora lo viste y le provee sus necesidades básicas y recreativas.

Además de vivir con su mamá y su papá Néstor, también está su abuelita, sus tíos maternos y sus 3 primos de menos edad que él, ellos viven en la casa contigua a la suya. Su tío Néstor vive cerca de su casa y es por ello que tiene mucha cercanía con él y lo visita constantemente.

Fabricio quiere mucho a su madre, pero hay momentos en que la insulta y al rato después se muestra cariñoso abrazándola y dándole besitos pidiendo perdón.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Sebastián Fabricio
Sexo	: Masculino
Edad	: 8 años y 10 meses.
Fecha de Nacimiento	: 27 de agosto de 2008.
Lugar de Nacimiento	: Arequipa.
Grado de Instrucción	: 3° de Primaria.
Dirección Actual	: Av. Miguel Grau Zn F Mn 6 Lote 1 Pachacutec
Religión	: Católica
Informante	: La mamá y el paciente.
Fecha de Evaluación	: 27 de Junio del 2017. 29 de Setiembre del 2017
Lugar de Evaluación	: Puesto de Salud de Pachacutec.
Evaluada	: Isabel Rosario Quispe Ocsa

II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Fabricio es un niño de tez clara, de rostro alargado, ojos cafés claro y pestañas alargadas, su cabello es de color negro y de corte pequeño, algunas veces algo desarreglado. Su estatura es regular y de contextura delgada, aparenta su edad cronológica, su expresión facial es alegre y vivaz, su vestido y aseo son adecuados y limpios pero algunas veces es un poco desaliñado cuando se arregla sólo, su tono de voz es suave y delgada, su postura es relajada algunas veces recta y otras veces encorvada según su grado de atención.

Es un niño movedido e inquieto, notándose es muchas ocasiones juguetón pero cooperador con las indicaciones, por momentos expresa afecto con abrazos y mirada tierna.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

El paciente presenta poca atención, pero es capaz de concentrarse a los procedimientos del examen, sigue la conversación, sus respuestas son coherentes. Su estado de alerta es de fatiga, se encuentra lucido.

Está orientado en espacio temporo espacial y persona, ya que refiere sus datos personales y familiares durante la evaluación.

IV. LENGUAJE

Su lenguaje y su pronunciación son articulados, su tono de voz en la conversación va muchas veces acompañando de frases con gestos, tiene poca facilidad de expresión y utiliza un vocabulario fluido y de acuerdo a su edad, el contenido de sus oraciones es coherente, su lenguaje comprensivo se encuentra conservado pues comprende todas las indicaciones y órdenes dadas por el evaluador.

V. PENSAMIENTO

En cuanto al curso no se evidencia ningún trastorno, refiere sus ideas con fluidez, la sintaxis es adecuada. Así mismo en cuanto al contenido no se aprecian trastornos de alguna índole. El evaluado presenta un nivel regular de análisis y abstracción, resuelve preguntas de analogía adecuadamente. En cuanto a la formación de juicios y raciocinio se observa un inadecuado razonamiento.

VI. PERCEPCIÓN

No presenta alteraciones perceptuales, es capaz de reconocer correctamente los estímulos correctos, discriminándolos adecuadamente, discrimina las distancias, tamaños y formas correctamente.

VII. MEMORIA

Su memoria remota es adecuada ya que manifiesta ordenada y acertadamente su nombre, edad, aspectos personales y familiares, así como conocimientos generales.

Su memoria reciente es óptima ya que puede y logra retener y recordar información nueva y evoca acontecimientos que se suscitaron en el momento, también refiere algunas fechas que se le dieron y posteriormente se le preguntaron a lo cual responde con exactitud.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Posee conocimientos generales, acorde a su grado de instrucción, su cultura general es adecuada, posee la suficiente capacidad para realizar operaciones aritméticas, tiene un adecuado pensamiento abstracto, ya que logra interpretar los refranes que se le indica.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

El paciente expresa sus sentimientos de cariño a su madre con abrazos y besos y en otros momentos son de enojo y frustración cuando se siente presionado o molesto, su actitud corporal erguida o encorvada según sus emociones, conversa con soltura, acompañando sus movimientos con gestos.

Existe concordancia entre el estado afectivo que él paciente informa y el que se observa, al narrar los acontecimientos de su vida lo hace con espontaneidad, sin embargo, la mayor parte del tiempo de su narración se mostró colaborador.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

Fabricio es consciente de su enfermedad.

XI. RESUMEN

Fabricio es un niño de tez clara, de rostro alargado, ojos cafés claro y pestañas alargadas, su cabello es de color negro y de corte pequeño, algunas veces algo desarreglado. Su estatura es regular y de contextura delgada, aparenta su edad cronológica, su expresión facial es alegre y vivaz, su vestido y aseo son adecuados y limpios pero algunas veces es un poco desaliñado cuando él se arregla solo, su tono de voz es suave y delgada, su postura es relajada algunas veces recta y otras veces encorvada según su grado de atención.

Es un niño movedido e inquieto, notándose en muchas ocasiones juguetón pero cooperador con las indicaciones, por momentos expresa afecto con abrazos y mirada tierna.

El paciente presenta poca atención, pero es capaz de concentrarse a los procedimientos del examen, sigue la conversación, sus respuestas son coherentes. Su estado de alerta es de fatiga, se encuentra lúcido. Está orientado en tiempo, persona, y espacio temporal ya que refiere sus datos personales y familiares. Su lenguaje y su pronunciación son articulados, su tono de voz en la conversación va pocas veces acompañando de frases con gestos, tiene poca facilidad de expresión y utiliza un vocabulario fluido, el contenido de sus oraciones es coherente, su lenguaje comprensivo se encuentra conservado pues comprende todas las indicaciones y órdenes dadas. Así mismo en cuanto al curso y contenido del pensamiento no se evidencia ningún trastorno. También presenta un nivel regular de análisis y abstracción. En la formación de juicios

y raciocinio tiene un adecuado razonamiento, su percepción es adecuada. Su memoria remota y reciente es también adecuada. Posee conocimientos generales, acorde a su grado de instrucción, su cultura general es adecuada. Existe concordancia entre el estado afectivo que el paciente informa y el que se observa, al narrar los acontecimientos de su vida lo hace con espontaneidad, sin embargo, la mayor parte del tiempo de su narración se mostró colaborador.

Isabel Rosario Quispe Oca
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACION

Nombres y Apellidos	: Sebastián Fabricio
Sexo	: Masculino
Edad	: 8 años, 10 meses y 13 días.
Fecha de Nacimiento	: 27 de agosto de 2008.
Lugar de Nacimiento	: Arequipa.
Grado de Instrucción	: 3° de Primaria.
Religión	: Católica
Informante	: El paciente y la mamá.
N° de Historia Clínica	: 9610.
Fecha de Evaluación	: 27 de Junio del 2017. 10 de Julio del 2017.
Lugar de Evaluación	: Puesto de Salud de Pachacutec
Evaluada	: Isabel Rosario Quispe Ocsa

II. OBSERVACIONES GENERALES

Fabricio se mostró callado y deseoso por saber qué es lo que se haría. Mientras transcurría la entrevista se le nota intranquilo moviéndose constantemente de aquí para allá, pero ante todo con una actitud colaboradora, siguiendo las indicaciones que se le daban y respondiendo las preguntas que se le hacía. Durante las sesiones movía sus pies de un sitio al otro mientras resolvía las evaluaciones, subiendo sus rodillas a la silla, echándose en la mesa en constantes ocasiones a pesar que se le pedía que se mantenga sentado.

III. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación.
- Entrevista
- Pruebas psicométricas:

➤ *Test de la familia.*

Representación y la relación entre los vínculos familiares manifestados de manera inconsciente.

➤ ***Cuestionario de personalidad para niños (CPQ)***

Escalas de primer orden

- ✓ Reservado - Abierto
- ✓ Bajo en inteligencia – Alto en Inteligencia
- ✓ Afectado por los sentimientos – Emocionalmente estable
- ✓ Calmoso – Excitable
- ✓ Sumiso – Dominante
- ✓ Sobrio – Entusiasta
- ✓ Despreocupado – Consciente
- ✓ Cohibido – Emprendedor
- ✓ Sensibilidad dura – Sensibilidad Blanda
- ✓ Seguro – Dubitativo
- ✓ Sencillo- Astuto
- ✓ Sereno – Aprensivo
- ✓ Poco integrado – Muy integrado
- ✓ Relajado - Tenso

Escalas de segundo orden

- ✓ Ansiedad baja - Ansiedad alta
- ✓ Introversión – Extraversión
- ✓ Calma – Excitabilidad/ Dureza
- ✓ Desarrollo Físico

➤ ***Test de Inteligencia no Verbal Tony-2.***

Apreciación de la capacidad para resolver problemas abstractos sin influencia del lenguaje, de la cultura y de las habilidades motrices.

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A. Test de la Familia

- ***Análisis cualitativo***

El paciente posee sentimientos de inferioridad creando cierta dependencia hacia la madre, además demuestra ser un niño fantasioso, soñador que huye de la realidad en que vive. La relación que tiene con su papá Néstor es buena y lo toma como figura paterna, se muestra la cercanía entre su mamá y su pareja actual.

Posee un equilibrio entre introversión y extroversión, mostrándose en ciertas ocasiones tímido, temeroso y en otras muy sociable, seguro.

B. Cuestionario de la personalidad para niños (CPQ)

- *Análisis cuantitativo*

Escalas de Primer Orden	Descripción	Factor	P.D	D.	Interpretación
	Reservado- Abierto	A	7	7	Nivel alto
	Inteligencia Baja – Alta	B	4	3	Nivel bajo
	Emocionalmente Afectado- Estable	C	8	7	Nivel alto
	Calmoso – Excitable	D	4	5	Nivel promedio
	Sumiso- Dominante	E	1	1	Nivel bajo
	Sobrio- Entusiasta	F	5	5	Nivel promedio
	Despreocupado – Consciente	G	6	5	Nivel promedio
	Cohibido – Emprendedor	H	5	5	Nivel promedio
	Sensibilidad dura – Blanda	I	5	8	Nivel alto
	Seguro – Dubitativo	J	4	5	Nivel promedio
	Sencillo-Astuto	N	2	4	Nivel bajo
	Sereno-aprensivo	O	2	4	Nivel bajo
	Menos-Más integrado	Q3	8	8	Nivel alto
	Relajado-Tenso	Q4	1	2	Nivel bajo
Escalas	Ajuste-Ansiedad	QI	--	3,7	Nivel bajo
	Introversión-Extroversión	QII	--	7,7	Nivel alto
	Patemia-Excitabilidad/Dureza	QIII	--	2,5	Nivel bajo

- **Análisis cualitativo**

Fabricio muestra niveles muy bajos en cuanto a inteligencia con pensamientos concreto, es decir un poco lento de aprendizaje y comprensión; sumiso y dócil, demostrando ser obediente; sencillo, sentimental; sereno, demostrando tranquilidad, confiado en las cosas; menos integrado es decir sigue sus propias necesidades según su conveniencia y descuidado en las reglas sociales.

En cuanto a sus puntajes promedios son: el control de su excitación; el equilibrio entre ser optimista, seguro de sí y ser confiado de la buena aventura; la buena adquisición de valores del medio; demuestra ser un niño sociable; le agrada la compañía del grupo como también le agrada su individualidad.

El alto nivel obtenido en cuanto a demostrar ser maduro socialmente, hay control es sus emociones; pero que guarda la dependencia fomentada por la madre; el control de sus emociones, pero para condicionar a las personas; además demuestra ser extrovertido guardando buenas relaciones con sus compañeros o gente del alrededor.

C. Test de Inteligencia no Verbal Tony-2

- **Análisis cuantitativo**

Edad Del Evaluado : 8 Años 11 Meses = 108 Meses

Puntaje Básico : 13

Cociente : 93

Categoría : Promedio

- **Análisis cualitativo**

Fabricio obtuvo una inteligencia promedio es decir que puede resolver problemas cotidianos dentro de los parámetros normales dentro de su edad.

V. RESUMEN

Fabricio posee sentimientos de inferioridad por lo que se muestra por momentos sumiso, dócil, sencillo y demostrando ser obediente creando cierta dependencia hacia la madre, además muestra ser un niño fantasioso, soñador que huye de la realidad en que vive, se aprecia cercanía y aprecio ante ambos padres.

Fabricio demuestra ser un niño sociable, pero siempre guardando su individualidad, posee un equilibrio entre introversión y extroversión, guardando buenas relaciones con

sus compañeros o gente de alrededor, hay un control de sus emociones, pero para condicionar a las personas a su conveniencia siguiendo sus necesidades además de mostrarse sentimental ante la gente, lo que está acorde con su inteligencia promedio lo que demuestra resolver problemas cotidianos dentro de su edad, algunas veces puede ser de lento de aprendizaje y comprensión por su falta de concentración y un descuido por las reglas sociales y sobre sus cosas.

Isabel Rosario Quispe Oca
Bachiller en Psicología

INFORME PSICÓLOGICO

I. DATOS GENERALES

Nombres	: Sebastián Fabricio
Edad	: 8 años, 10 meses.
Fecha de Nacimiento	: 27 de agosto de 2008.
Lugar de Nacimiento	: Arequipa.
Grado de Instrucción	: 3° de Primaria.
Informante	: El paciente y la madre.
Lugar de Entrevista	: Puesto de Salud de Pachacutec.
Fechas de Entrevista	: 27 de Junio del 2017. 11 de Agosto del 2017.
Entrevistadora	: Isabel Rosario Quispe Ocsa

II. MOTIVO DE CONSULTA

La madre refiere que su hijo Fabricio es un niño inquieto, movedizo que no puede quedarse quieto por un momento, no quiere hacer las tareas y prefiere salir a jugar con sus primos.

III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Fabricio fue un niño que no fue planificado, pero si deseado por la madre y no por su padre. Tuvo una gestación normal y en el tiempo esperado, la madre recibió todos sus controles cada mes. Durante la gestación la madre no sintió ningún temor o preocupación por su hijo.

Fabricio nació de un parto normal sin ningún problema a los 9 meses. Su diagnóstico fue de niño sano, pesando 3, 000 gr y con una estatura de 40 cm.

El desarrollo neuromuscular de Fabricio se dio de manera normal, dio sus primeros pasos al primer año, pero tardo hasta el año y medio para caminar. No ha tenido caídas fuertes ni ha presentado dificultades en el movimiento.

Su lenguaje también se ha desarrollado normalmente, comenzando a decir sus primeras sílabas a los 8 meses y sus primeras palabras al año y medio además no presentó dificultad para pronunciar las palabras. En cuanto a sus hábitos, Fabricio ha logrado formar sus hábitos alimenticios, de higiene y sueño de manera correcta.

Aunque aún le cuesta trabajo vestirse solo pues pierde mucho tiempo decidiendo que ponerse.

Actualmente se encuentra en el tercer grado de primaria, mostrando un desempeño escolar regular que podría llegar a ser bueno si pusiera más empeño en cumplir con las tareas.

Fabricio es hijo único de una familia ensamblada o reconstituida formada por él, su madre y Néstor, Fabricio lo considera como un papá, pero también considera como papá a su tío Nelson que estuvo con él desde que nació y lo quiere mucho. Su papá Néstor trabaja en la mina por lo que mayor tiempo vive fuera de la casa, pero siempre está con ellos cuando llega, su mamá es ama de casa por ahora. Su padre biológico de Fabricio no se hizo cargo de él desde que nació y no sabe nada y jamás pregunto de él. Su papa Néstor es quien ahora lo viste y le provee sus necesidades básicas y recreativas.

Además de vivir con su mamá y su papá Néstor, también está su abuelita y sus tíos maternos y sus 2 primos de menos edad que él, ellos viven en la casa contigua a la suya. Su tío Néstor vive cerca de su casa y es por ello que tiene mucha cercanía con él y lo visita constantemente.

Fabricio quiere mucho a su madre, pero hay momentos en que la insulta y al rato después se muestra cariñoso abrazándola y dándole besitos pidiendo perdón.

IV. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Fabricio es un niño de tez clara, de rostro alargado, ojos cafés claro y pestañas alargadas, su cabello es de color negro y de corte pequeño, algunas veces algo desarreglado. Su estatura es regular y de contextura delgada, aparenta su edad cronológica, su expresión facial es alegre y vivaz, su vestido y aseo son adecuados y limpios pero algunas veces es un poco desaliñado cuando se arregla solo, su tono de voz es suave y delgada, su postura es relajada algunas veces recta y otras veces encorvada según su grado de atención.

Es un niño movidizo e inquieto, notándose en muchas ocasiones juguetón pero cooperador con las indicaciones, por momentos expresa afecto con abrazos y mirada tierna.

Desde el inicio, Fabricio se mostró callado pero deseoso por saber qué es lo que se haría. Mientras transcurría la entrevista se le nota intranquilo moviéndose

constantemente de aquí para allá, pero ante todo con una actitud colaboradora, siguiendo las indicaciones que se le daban y respondiendo las preguntas que se le hacía. Durante las sesiones movía sus pies de un sitio al otro mientras resolvía las evaluaciones, subiendo sus rodillas a la silla, echándose en la mesa en constantes ocasiones a pesar que se le pedía que se mantenga sentado.

V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación.
- Entrevista.
- Pruebas psicológicas:
 - Test de la familia.
 - Cuestionario de personalidad para niños (CPQ).
 - Inventario de Inteligencia no Verbal Tony-2.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Fabricio posee sentimientos de inferioridad por lo que se muestra por momentos sumiso, dócil, sencillo y demostrando ser obediente creando cierta dependencia a la madre, además muestra ser un niño fantasioso, soñador que huye de la realidad en que vive, se aprecia cercanía y aprecio ante ambos padres.

Fabricio demuestra ser un niño sociable, siempre guardando su individualidad, posee un equilibrio entre introversión y extroversión, guardando buenas relaciones con sus compañeros o gente de alrededor, hay un control de sus emociones para condicionar a las personas a su conveniencia siguiendo sus necesidades además de ser sentimental ante la gente, lo que está acorde con su inteligencia promedio lo que demuestra resolver problemas cotidianos dentro de su edad, algunas veces puede ser de lento de aprendizaje y comprensión por su falta de concentración y un descuido por las reglas sociales y sobre sus cosas.

VII. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

Fabricio es un niño inquieto, juguetón que expresa cariño pero que también tiene poco control sobre sus impulsos tanto en el colegio como en su casa, es inseguro y posee pocas habilidades sociales para enfrentarse a la vida.

Por lo expuesto anteriormente y con la ayuda de la historia psicológica, podemos decir que el paciente presenta Problemas relacionados con los estilos de crianza, Sobreprotección de los padres (Z62.1), según la clasificación internacional de enfermedades CIE-10.

VIII. PRONÓSTICO

El pronóstico es favorable, a partir de un entrenamiento en herramientas que le ayuden a mejorar sus impulsos, habilidades sociales y una orientación adecuada a su familia, esto apoyará en el proceso de su desarrollo personal.

IX. RECOMENDACIONES

- Iniciar tratamiento psicológico individual.
- Trabajar ciertas responsabilidades en casa para que aprenda a organizarse y confiar en él mismo.
- Que el paciente practique algún tipo de deporte para que pueda mejorar la actividad constante que posee y así pueda gastar sus energías.
- La familia es uno de los principales soportes por tanto se concientizará a los padres a mejorar las relaciones con Fabricio por tanto terapia familiar.

Isabel Rosario Quispe Oca
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPEÚTICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : Sebastián Fabricio.
Sexo : Masculino
Edad : 9 años; 2 meses y 7 días.
Fecha de Nacimiento : 27 de agosto de 2008.
Lugar de Nacimiento : Arequipa.
N ° de Historia Clínica : 9610.
Grado de Instrucción : 3° de Primaria.
Dirección Actual : Av. Miguel Grau Grau Zn F Mn 6 Lote 1 Pachacutec
Referido por : El paciente y la madre.
Lugar de Evaluación : Puesto de Salud de Pachacutec
Fechas de Evaluación : 12 de Julio del 2017.
04 de Octubre del 2017.
Evaluado por : Isabel Rosario Quispe Ocsa.

II. DIAGNÓSTICO

Fabricio es un niño inquieto, juguetón que expresa cariño pero que también tiene poco control sobre sus impulsos tanto en el colegio como en su casa, es inseguro y posee pocas habilidades sociales para enfrentarse a la vida.

Por lo expuesto anteriormente y con la ayuda de la historia psicológica, podemos decir que el paciente puede presentar Problemas relacionados con los estilos de crianza, Sobreprotección de los padres (Z62.1), según la clasificación internacional de enfermedades CIE-10.

III. OBJETIVO GENERAL

- Brindarle al paciente las herramientas necesarias para que pueda establecer control de sus impulsos, mejorar su seguridad y sus relaciones interpersonales armoniosas.
- Mejorar la dinámica Familiar.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

- **Numero de sesiones :** 11 sesiones.

- **Técnica** : Relajación controlada por señales, exteriorización de Voces Internas de Burns y juego de roles, economía de fichas, entrenamiento en solución de problemas, refuerzo positivo y negativo y ensayo conductual, auto verbalizaciones.

V. TÉCNICA TERAPÉUTICA A UTILIZAR

PRIMERA SESIÓN	
Modelo	Aprendizaje Social
Tipo	Individual
Técnica	Relajación controlada por señales
Objetivo	Entrenar al cliente a disminuir sus niveles de ansiedad.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> • La técnica implica primero entrenar a la profesora para que utilice un semáforo. Hecho de papel de colores y que solo el significado sabrá Fabricio. • La luz roja significara que está desatento moviéndose y sin seguir las instrucciones, por tanto, tiene que regresar a la actividad dada por la profesora. • La luz naranja es que está empezando a estar desatento y no seguir instrucciones que dio la profesora a todo el salón. • La luz verde cuando está realizado bien las indicaciones de la profesora • Esto se aplicara toda una semana de prueba para lo cual al final se le dará una recompensa por realizar portarse bien.
Tiempo aproximado	30 minutos, una hora de clase
Materiales	Papel lustre de colores verde, anaranjado y rojo. Una paleta gruesa.

SEGUNDA SESIÓN	
Modelo	Cognitivo-conductual
Tipo	Individual
Técnica	Exteriorización de Voces Internas de Burns Juego de roles

Objetivo	Promover la identificación de un modo de pensamiento más racional y ayudar al paciente que habla a interiorizar un marco de actitudes más funcional.
Descripción	El ejercicio se lleva a cabo a través del juego de roles, en donde: el paciente jugará el rol de negativa, empleando el pronombre "tu" (v.g. "tú nunca harás las cosas bien"). Y el terapeuta jugará el rol de positivo, utilizando el pronombre "yo" (ver. "yo hago algunas cosas bien"). Después los roles se invertirán. De esta manera el paciente reconocerá mejor las distorsiones que presenta acerca de sí mismo y será capaz de construir nuevas creencias y pensamientos a cerca de lo que es en realidad.
Tiempo aproximado	30 minutos
Materiales	Una silla.

TERCERA SESIÓN	
Modelo	Aprendizaje Social
Tipo	Individual
Técnica	La Tortuga (relajación)
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol • Relajación muscular • Control de emociones • Definir una conducta objetivo. • Determinar cuándo usar la Tortuga en las conductas objetivo. • Discriminar una definición adecuada de una inadecuada en las conductas objetivo.
Desarrollo	<p>Primero se narra la historia y luego de haber reflexionado sobre la historia se procede a hacer la siguiente exclamación para que el menor ante la palabra tortuga se encierre en su caparazón:</p> <p>“¡Oh!, siento como me estoy enfadando con Juan porque me pegó, pero podría ser fuerte y lista y hacer la Tortuga. Pongo mis brazos y</p>

	<p>mis piernas cerrando mi cuerpo, y mi cabeza la inclino y apoyo mi barbilla en mi pecho, y digo: Tortuga”.</p> <p>En este momento se hace una pausa y se queda sin decir nada y más tarde estando en la misma postura se dice: “es tan agradable estar en mi concha que se me pasan las ganas de pegar a Juan.” (repetir la tortuga de 5 a 10 veces).</p>
Tiempo	20 minutos
Materiales	<p>Historia</p> <p style="text-align: center;">LA TORTUGA</p> <p>“Antiguamente había una hermosa y joven tortuga, tenía 8 años y acababa de empezar el colegio. Su nombre era Pequeña Tortuga. A ella no le gustaba mucho ir al Cole, prefería estar en asa con su hermano menor y con su madre. No le gustaba aprender cosas en el colegio, ella quería correr, jugar... era demasiado difícil y pesado hacer fichas y copiar de la pizarra, o participar en algunas de las actividades. No le gustaba escuchar al profesor, era más divertido hacer ruidos de motores de coches que algunas de las cosas que el profesor contaba, y nunca recordaba que no los tenía que hacer. A ella lo que le gustaba era ir enredando con los demás niños, meterse con ellos, gastarles bromas. Así que el colegio para ella era un poco duro. Cada día en el camino hacia el colegio se decía a si misma que lo haría lo mejor posible para no meterse con ellos. Pero a pesar de esto era fácil que algo o alguien la descontrolara, y al final siempre acababa enfadada, o se peleaba, o le castigaban. “Siempre metida en líos” pensaba “como siga así voy a odiar al colegio y a todos.” Y la Tortuga lo pasaba muy pero que muy mal. Un día de los que peor se sentía, encontró a la más grande y vieja Tortuga que ella hubiera podido imaginar. Era un vieja Tortuga que tenía más de trescientos años y era tan grande como una montaña. La Pequeña Tortuga le hablaba con una vocecita tímida porque estaba algo asustada de la enorme tortuga. Pero la vieja tortuga era tan amable como grande y estaba muy dispuesta a ayudarla: “¡Oye! ¡Aquí!” dijo con su potente voz, “Te contaré un secreto. ¿Tú no te das cuenta que la solución a tus problemas la llevas encima de ti?”. La Pequeña Tortuga no sabía de lo que estaba hablando. “¡Tu caparazón!” le gritaba “¿para qué tienes tu concha? Tú te puedes esconder en tu concha siempre que tengas sentimientos de rabia, de ira, siempre que tengas ganas de romper, de gritar, de pegar... Cuando estés en tu concha puedes descansar un momento, hasta que ya no te sientas tan enfadada. Así la próxima vez que te enfades ¡Métete en tu concha! A la Pequeña Tortuga le gustó la idea, y estaba muy contenta de intentar este nuevo secreto de la escuela. Al día siguiente ya lo puso en práctica. De repente un niño que estaba cerca de ella accidentalmente le dio un golpe en la espalda. Empezó a sentirse enfadada y estuvo a punto de perder sus nervios y devolverle el golpe, cuando, de pronto recordó lo que la vieja tortuga le había dicho. Se sujetó los brazos, piernas y cabeza, tan rápido como un rayo, y se mantuvo quieta hasta que se le pasó el enfado. Le gustó mucho lo bien que estaba en su concha, donde nadie le podía molestar. Cuando salió, se sorprendió de encontrarse a su profesor sonriéndole, contento y orgulloso de ella. Continuó usando su secreto el resto del año. Lo utilizaba siempre que alguien o algo le molestaba, y también cuando ella quería pegar o discutir con alguien. Cuando logró actuar de esta forma tan diferente, se sintió muy contenta en clase, todo el mundo le admiraba y querían saber cuál era su mágico secreto”.</p>

CUARTA SESIÓN																																																																	
Modelo	Cognitivo - Conductual																																																																
Tipo	Individual																																																																
Técnica	Economía de Fichas																																																																
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">Emitir la probabilidad de respuestas positivasDisminuir reacciones negativas																																																																
Desarrollo	<p>Se inicia mostrándole al menor la cartilla en la que se le colocará las fichas de acuerdo a su conducta.</p> <p>2 fichas = obedecer alguna indicación de los padres</p> <p>3 fichas = por hacer tareas</p> <p>4 fichas= si realizó alguna buena acción sin que se le haya pedido.</p> <p>3 fichas= si se peleó</p> <p>4 fichas = por desobedecer</p> <p>Y sabrá que también puede canjear sus fichas</p> <p>20 Fichas = ver una película de su predilección</p> <p>30 fichas = un juguete o algo que desee</p> <p>40 fichas = un paseo familiar</p>																																																																
Tiempo	2 meses																																																																
Materiales	<p>Cartilla de control</p> <div><p>CARTILLA DE CONTROL</p><table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></div> <p>Stikers de caritas felices</p>																																																																

QUINTA SESIÓN	
Modelo	Cognitivo-conductual
Tipo	Individual
Técnica	Entrenamiento en solución de problemas
Objetivo	Entrenar al paciente para la resolución de problemas tanto personales como sociales para lograr un comportamiento más asertivo.
Descripción	<p>Se instruirá al paciente con un método para el manejo de situaciones problemáticas el cual consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación hacia el problema. • Definición y formulación del problema. • Generación de soluciones alternativas. • Toma de decisiones. • Ejecución y verificación de las soluciones.
Tiempo aproximado	30 minutos
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de papel. • Lapiceros.

SEXTA SESIÓN	
Modelo	Conductual
Tipo	Individual
Técnica	Ensayo conductual
Objetivo	Lograr que el paciente reproduzca conductas adecuadas que le permitirán mejorar sus relaciones interpersonales.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente imaginará cómo se ve realizando cierta conducta (previamente escogida de un modelo) lo que le permitirá analizar y afrontar anticipadamente, posibles consecuencias negativas inesperadas. • El paciente ejercitará de forma real la conducta, en la situación de laboratorio, hasta conseguir un nivel de dominio y ejecución adecuado.

	<ul style="list-style-type: none"> • Por último, el paciente se imaginara de nuevo realizando esa conducta en situaciones de su vida real, lo que favorecerá su generalización.
Tiempo aproximado	30 minutos
Materiales	–

SEPTIMA SESIÓN	
Modelo	Conductual
Tipo	Individual
Técnica	Refuerzo positivo y negativo
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Generar reacciones aptas y adecuadas • Erradicar acciones negativas
Desarrollo	<p>Se le indica al menor que todos nuestros actos tiene consecuencias, que si hacemos algo bueno tienen consecuencias buenas y si cometemos actos malos, sus consecuencias serán negativas.</p> <p>Se procede a analizar cada acción durante el día y se le dice que si en su mayoría sus actos fueron buenos se le felicita y se le da la opción de elegir como por ejemplo un juguete, tiempo extra en la televisión, un postre que le guste; en caso de que las acciones negativas pesen, se le reprenderá colocándole un castigo o restringiéndose de algo que le guste.</p> <p>Debe cumplirse lo que se indica en ambos casos ya que de no ser así , la terapia no tendrá efecto.</p>
Tiempo	1 hora
Materiales	-

OCTAVA SESIÓN	
Modelo	Cognitivo - Conductual
Tipo	Individual

Técnica	Auto-verbalizaciones
Objetivo	Interiorizar una adecuada autopercepción de sí mismo, como acciones apropiadas
Desarrollo	<p>Se le dirá al menor que lo más importante en esta actividad es que logre concentrarse y recordar la frase que se le indique.</p> <p>A continuación se le dirá que respire profundamente 3 veces , se le indica que cierre sus ojos y que escuche atentamente la frase que se exclamará : yo soy un niño bueno ; luego se le dirá que la repita tres veces en voz alta , se descansa por lapso de 30 segundos y se le indica que repita nuevamente la frase tres veces pero en un tono de voz normal; se descansa 30 segundos , nuevamente se le pide que repita la frase 3 veces pero en un tono de voz baja; se descansa 30 segundos; se le pide que repita la frase tres veces pero que lo haga solo en su cabeza sin pronunciar palabra alguna</p>
Tiempo	20 minutos
Materiales	Ninguno

NOVENA SESIÓN

Modelo	Conductual
Tipo	Individual
Técnica	Saciedad
Objetivo	Generar desagrado de una conducta negativa de la que disfruta
Desarrollo	Realizar continuamente, una conducta negativa del paciente hasta lograr que se aburra de realizar dicho acto. Como es jugar play station.
Tiempo	--
Materiales	Juegos de play station

DECIMA SESIÓN

Modelo	Conductual
Tipo	Individual
Técnica	Juego de roles

Objetivo	Aprender a ser empático con las personas de su entorno
Desarrollo	Se le pide al menor que actúe como la persona a la que haya faltado el respeto y luego se le dice que hubiese hecho en lugar de ese pequeño si le hubieran molestado o atacado , después se le dirá si fue justo que se le haya molestado o no haciéndole reflexionar y finalmente se le pedirá que se ponga en lugar del otro compañero y que se imagine que él es quien fue víctima y consultándosele que es lo que siente .
Tiempo	30 a 40 min aproximadamente
Materiales	Ninguno

UNDECIMA SESIÓN	
Modelo	Conductual
Tipo	Grupal
Técnica	Psicoterapia Pareja
Objetivo	Primer encuentro con los padres de Fabricio para definir sus roles frente a las decisiones de su hijo.
Descripción	<p>Se inició con un pequeño raport con los padres, cabe señalar que es la primera sesión con la presencia del padre, explicar sobre la importancia de su participación en el apoyo a su hijo, y que también será beneficiada toda la familia.</p> <p>Permitir a los padres que puedan expresar sus percepciones sobre la pareja y la familia, cada uno de ellos dará su punto de vista y la psicóloga servirá como mediador en la conversación.</p> <p>Se concluye que la capacidad de poder dialogar sobre las dificultades que hay en la familia debe ser una práctica constante.</p> <p>Se les solicitará que por lo menos dos veces a la semana se reúnan con su hijo para poder dialogar y compartir experiencias frente a las decisiones tomadas. La siguiente sesión se realizará dentro de 3 semanas.</p>
Tiempo	1 hora 30 min.
Materiales	---

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

La psicoterapia planteada se llevará a cabo en una duración breve aproximadamente de 3 meses, supervisando los avances. Se realizarán dos sesiones psicoterapéuticas por semana, con un total de 11 sesiones.

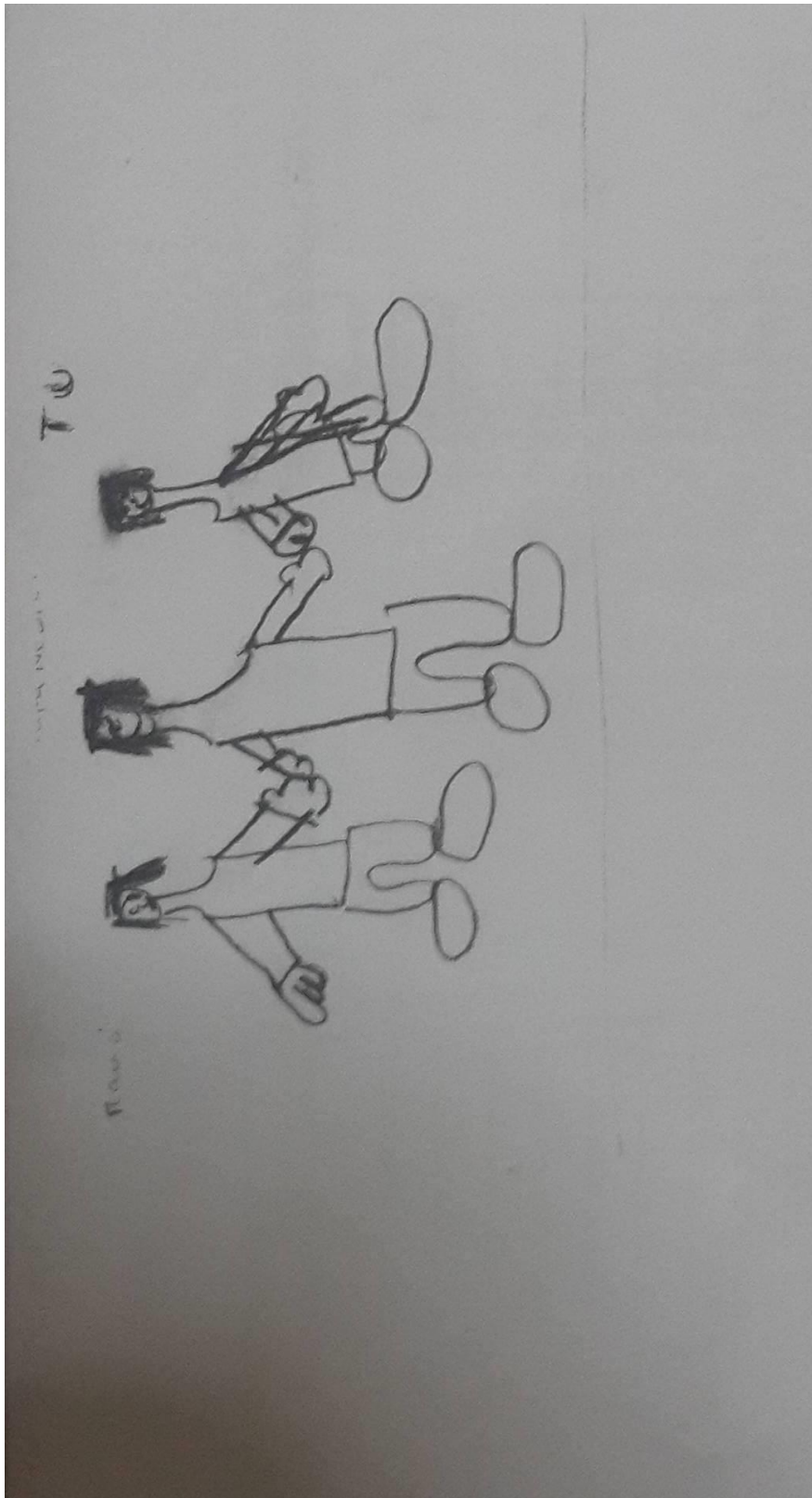
VII. AVANCES PSICOTERAPEUTICOS

Fabricio durante la intervención psicoterapéutica y la aplicación progresiva de las técnicas se ha observado y el paciente ha reconocido cuales son los cambios significativos, reduciendo sus impulsos y cambiando su autopercepción.

Los padres desean asumir un rol más de amigo que de autoritarios frente a sus hijos.

Isabel Rosario Quispe Oca
Bachiller en Psicología

ANEXOS



Perfil General en Decatipos Constante
 Factores de Segundo Orden (Solución Española)

DESCRIPCIÓN (*)	Puntaje										Total	Anisid.	Extraversión	Intelectual/Burro
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
Apercepción - Atención	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.14	0.7	0.3	0.5
Inteligencia Baja - Alto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.13	0.3	0.7	0.5
Emocionalidad - Afectado - Equilibrado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.21	0.10	0.9	0.3
Carisma - Expulsión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.15	0.4	0.6	0.5
Amor - Caridad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.13	0.5	0.5	0.5
Sabiduría - Entusiasmo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.10	0.5	0.5	0.5
Empreendedorismo - Conservadurismo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.10	0.5	0.5	0.5
Calidad - Exprimido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.10	0.5	0.5	0.5
Sensibilidad - Sens. Emotiva	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.10	0.5	0.5	0.5
Imaginación - Imaginación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.10	0.5	0.5	0.5
Sensibilidad - Atención	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.10	0.5	0.5	0.5
Sentido - Apreciación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.10	0.5	0.5	0.5
Formas - Ideas Integradas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.10	0.5	0.5	0.5
Sentido - Ideas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.10	0.5	0.5	0.5
Factores de Segundo Orden											0.14	0.7	0.3	0.5
Atención - Percepción	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.14	0.7	0.3	0.5
Inteligencia - Extraversión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.13	0.3	0.7	0.5
Formas - Intelectual/Burro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0.21	0.10	0.9	0.3

(*) únicamente se otorgan puntajes positivos que identifiquen mejor los rasgos en las
 dos polaridades. Constantes a la izquierda para una mejor comprensión de las escalas.

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

Form A	Form B
180	180
175	175
170	170
165	165
160	160
155	155
150	150
145	145
140	140
135	135
130	130
125	125
120	120
115	115
110	110
105	105
100	100
95	95
90	90
85	85
80	80
75	75
70	70
65	65
60	60
55	55
50	50
45	45
40	40

93

TONI-2 Cociente

RESULTADOS DE OTRAS MEDIDAS

1	2	3	4	5
180	180	180	180	180
175	175	175	175	175
170	170	170	170	170
165	165	165	165	165
160	160	160	160	160
155	155	155	155	155
150	150	150	150	150
145	145	145	145	145
140	140	140	140	140
135	135	135	135	135
130	130	130	130	130
125	125	125	125	125
120	120	120	120	120
115	115	115	115	115
110	110	110	110	110
105	105	105	105	105
100	100	100	100	100
95	95	95	95	95
90	90	90	90	90
85	85	85	85	85
80	80	80	80	80
75	75	75	75	75
70	70	70	70	70
65	65	65	65	65
60	60	60	60	60
55	55	55	55	55
50	50	50	50	50
45	45	45	45	45
40	40	40	40	40

32

Rango del percentil

Promedio

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: Fabiano Salas

Nombre del padre o tutor del examinado: José Florán

Colegio: IE Santa Ana, Grado: 3

Nombre del Examinador: Sanbel Quispe

Título del Examinador: _____

Fecha de Evaluación: Año 2017 Mes 07

Fecha de Nacimiento: 2009 8

Edad Actual: 8 11

Sección IV. Condiciones de Evaluación

¿Quién refirió al sujeto? La madre

¿Cuál fue el motivo de referencia? Triste

movimiento, intranquilidad

¿Con quién se discutió la referencia del examinado?

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

Administración Grupal (G) o Individual (I)

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

Nivel de ruido

Interrupciones, distracciones

Luz, temperatura

Privacidad

Otros _____

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

Comprensión del contenido de la prueba

Comprensión del formato de la prueba

Nivel de Energía

Actitud frente a la prueba

Salud

Rapport

Otros _____

CASO 2

BACHILLER

YANET LUCILA

SULLA TAIPE

ANAMNESIS

I DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos : Brigit
Edad : 40 años
Sexo : Mujer
Fecha de nacimiento : 16 – 09 – 1977
Lugar de Nacimiento : Arequipa
Grado de Instrucción : Tercero de secundaria
Estado civil : Separada
Procedencia : Arequipa
Ocupación : Comerciante
Religión : Católica
N° de Historia Clínica : 34843
Informantes : La misma paciente
Fecha de evaluación : 02– 02– 2017
Nombre de la Evaluadora : Bachiller Yanet Lucila Sulla Taipe

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que acude a consulta, por encontrarse separada del padre de su hija desde hace 11 meses; refiere sentirse con problemas de insomnio, irritable, poco apetito y también se siente muy dependiente de su ex pareja.

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

El problema comienza cuando Brigit percibe en su pareja, mucho alejamiento hacia ella y hacia su hija desde hace tres meses, por lo que decide preguntarle que sucedía, a lo que él responde que solo se sentía cansado.

La relación de Brigit y el padre de su hija en los primeros diez años era buena, luego presentó muchos gastos que no supo justificar ante ella, llegaba muy tarde a casa; se molestaba por cualquier cosa, ella revisa su celular y encuentra mensajes muy cariñosos y de mucho afecto con un amigo del trabajo, por lo que ella se horroriza de solo pensar que pueda tener algo con alguien de su mismo género. Asombrada por lo que halló es que

lo despierta y reclama a su esposo por la poca atención que le tenía , porque no tuviese para los gastos y también por los mensajes encontrados; su pareja decide contarle y decirle que tiene mucho afecto por este amigo y que era por eso que pasaba mucho tiempo con él y que también por ello lo ayudaba comprándole ropa ,pero esto no la convence a ella y ante la insistencia de ella su pareja decide contarle que siente una atracción homosexual hacia su amigo y que es ese el motivo por el que cambio todo en su relación y era por el temor del que dirán que no se atrevía a decirle a nadie sobre este tema; 5 días después de todos los sucesos narrados su pareja le dijo para separarse de ella, por lo que le cuesta aceptar tal hecho y contrariada por la orientación sexual de su pareja.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

- **PERIODO DEL DESARROLLO**

Etapas pre natal

Al momento de la concepción de Brigit, sus padres no esperaban tener más hijos, además, de que atravesaban problemas de pareja, y al no ser una hija planificada, ni su madre ni su padre querían hacerse cargo; es por tales motivos que, durante la gestación, la madre de Brigit no tuvo atención alguna, dadas las circunstancias del caso, puesto que no quería dar a conocer su embarazo. Comenta que su madre le narró que su carácter se vio afectado, porque el tiempo que duró el embarazo se sentía irritable, triste y molesta por cualquier cosa; además de la situación por la que atravesaba ya que sentía que con una hija mas no podría hacer nada y que debía de encontrar una solución para poder salir adelante, pero sin su hija; el padre de Brigit no quería hacerse cargo de ella y se mantuvo al margen del embarazo.

Etapas natal

Cuando llegó el momento de dar a luz, la Madre de Brigit acude a un centro de salud donde es asistida por un médico y una obstetra. Brigit nace por parto natural y sin complicaciones, con un peso de 2500g, con una medida de 35cm; al poco tiempo de nacida, es que deciden dejarla, con sus tíos maternos y a sus hermanas mayores, con su abuelita materna; es por esto que refiere haberse sentido abandonada física y moralmente por sus padres.

- **PRIMERA INFANCIA**

Etapas pos natal

Recibió lactancia artificial y los cuidados por parte de sus familiares dado el abandono de sus progenitores. En las primeras etapas de su vida tuvo una correcta asistencia médica, lo cual generó que sus vacunas y sus cuidados de salud sean los adecuados.

En cuanto a su maduración motora correspondía a su edad, como también el lenguaje lo manifiesta en la edad esperada presentando buena articulación y pronunciación.

Sus primeros años transcurrieron junto a su tío materno y la esposa de él, por lo que las atenciones que todo niño o niña requiere en esta etapa no fueron las deseadas, comenta que sus tíos no le prestaban atención y que solo la acudían con lo necesario; como: alimentación, vestimenta y educación; mas no le brindaban afecto ni mayores cuidados y que casi siempre se sentía sola no se sentía parte de esa familia.

Desarrollo psicomotor

Su desarrollo estuvo dentro de los parámetros normales, desarrollándose como una niña sana y callada. Empezó a gatear a los 11 meses de edad y a caminar aproximadamente al primer año y 3 meses. Prácticamente a la misma edad de un año también comenzó a hablar. El control de los esfínteres vesical y anal se dieron a los 2 años 8 meses aproximadamente.

- **INFANCIA MEDIA**

Etapas escolar

Ingresa a la educación pre-escolar a los seis años de edad, donde siempre fue una niña introvertida, no logrando hacer amigos porque era poco comunicativa, con un desempeño académico regular, ya que en casa recibía poca ayuda al momento de hacer las tareas.

Con respecto a su educación preescolar, fue complicado porque tenía primos de los cuales debía hacerse cargo para que sus tíos no le gritaran; manifiesta que en lugar de ser una hija mas era algo así como una empleada, porque a su cargo estaban sus 2 primos pequeños y que sus tíos hacían lo que mejor podían por darle una educación, pero que no le dieron el afecto de padres que ella anhelaba.

A los siete años de edad, Brigit ingresa a la educación primaria donde presento una adaptación regular en cuanto a sus compañeros, docentes y ambiente escolar en general, puesto que según comenta, siempre era solitaria y poco sociable dado que en casa ella no tenía comunicación continua con sus tíos, ni con otras personas; por ello es que tenía

complicaciones respecto al área académica, en su desempeño académico era regular, no recibía apoyo por parte de nadie y ante esto, en las labores escolares no prestaba atención si no que muchas veces se distraía.

En muchas ocasiones tuvo peleas con sus compañeros y compañeras por que la molestaban por no ser comunicativa.

Durante sus años de estudio en el nivel primario fue un estudiante normal promedio siendo sus calificaciones entre 09 - 13, a los 12 años culmina sus estudios primarios con mucha dificultad.

Realiza sus estudios secundarios en el colegio San Martín de Arequipa, sus relaciones interpersonales son escasas, mantenía amistad solo con dos compañeras de su salón, tenía mucho temor de entablar amistad con su demás compañeras y compañeros; por ende, no tiene tema de conversación con ellos, no comparte sus gustos, la relación con los docentes era escasa casi nunca conversaba con ellos. Siempre prefería estar sola tanto en casa como en su colegio. Es decir que es introvertida en todos los contextos en los que se desenvuelve.

Comenta que siempre tuvo problemas de concentración al tratarse del ámbito académico y que le disgustaba no poder ser como sus compañeras que salían a fiestas, tenían muchos amigos y amigas, tenían familia y apoyo.

- **ADOLESCENCIA**

Desarrollo y Función Sexual

Desde niña presentó una adecuada identificación con su sexo, su menarquía fue a los 12 años de edad, no presentando dolores ni complicaciones en sus menstruaciones. En cuanto a su sexualidad se reconoce como mujer, acepta los cambios físicos y hormonales que presentó desde los 12 años, le agrada y se siente atraída por el sexo opuesto.

A los 17 años logra conseguir trabajar en una pollería como moza; saliendo de ese trabajo aproximadamente a las 8 de la noche, un taxi la intercepto y la subieron 2 personas que no conocía y la abusaron dejándola en un descampado del cual ella salió por sus propias fuerzas ; evito contar tales hechos a sus tíos porque no quería tener problemas y como consecuencia de este acto quedó embarazada y para evitarse problemas con su familia decide abortar; comenta que nunca pudo olvidar a su primer hijo a quien le puso el nombre de “José María “.

Tuvo 2 enamorados, él primero a los 18 años y actualmente está en proceso de separarse de quien fuera su segunda pareja, quien es el padre de su hija, por los problemas de infidelidad y posible homosexualidad; una relación la cual considera que en un inicio era buena pero que desde hace un tiempo se tornó tormentosa e insufrible.

Historia de la recreación y de la vida

En edades tempranas, por carecer de juguetes no jugaba y si es que lo hacía era con juguetes de sus primos, pero que no la viera nadie; puesto que siempre estaba ocupada en el cuidado de sus primos y en ayudar en la casa de sus tíos; tenía poco interés por la lectura y los estudios, dejando de lado todo lo académico

En la adolescencia, se considera una persona introvertida y sin amigos; en los momentos que tuvo pareja, siente que siempre dependió de los afectos tanto de su primera pareja como del actual.

Siente que prácticamente se encuentra sola y que no tiene a quien acudir ante los problemas, a pesar de que una de sus hermanas vive a lado suyo

• ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

Enfermedades y accidentes

No padeció de ningún tipo de enfermedad grave, sólo presentó enfermedades comunes, principalmente resfriados y enfermedades de tipo viral como sarampión y varicela. Refiere también que sus familiares nunca presentaron enfermedades o padecimientos, graves.

Personalidad pre- mórbida

Con todas las complicaciones, incluso al momento de nacer, considera que su vida ha sido muy sufrida y que siempre se encuentra sola sin nadie que la ayude o le aconseje.

Tomando en cuenta sus estadíos de soledad, siempre encontró conflictos que la dañaban en todo el proceso de su desarrollo como: ser abandonada por sus padres, el desamor por parte de sus tíos, haber sufrido abuso sexual, el aborto que se realizó y el actual problema de separación que atraviesa; por todo lo antes mencionado es que no encuentra en quien confiar.

- **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Composición Familiar

El nombre de su padre es Egidio de 64 años y su madre se llama Laurencia de 62. Sus padres convivieron, no llegaron a casarse, teniendo un total de 3 hijas, siendo la última Brigit; dado que atravesaban por un problema de pareja y problemas económicos, es que deciden abandonar a sus hijas dejando a las mayores con su abuela materna y a Brigit que es la menor con sus tíos maternos.

En cuanto a la composición familiar posterior al abandono, no fue la deseada, porque sus tíos no le prestaron la atención debida, ya que siempre se encontraban ocupados en sus trabajos y sus hijos, excepto en ella.

Comenta que sus tíos solo la asistían en lo necesario más no lo afectivo y que tenía poco contacto con las personas.

Aspecto Económico

Presenta una condición económica media ya que cuenta con un negocio propia el cual es un centro de abarrotes, que se encuentra en su propia casa y le brinda lo necesario para mantenerse económicamente.

Su casa es de 2 pisos, estucada por fuera y por dentro pintada, su hogar cuenta con los servicios básicos de luz, agua y desagüe; contando también con los servicios de internet, cable y teléfono.

V. RESUMEN

Brigit al poco tiempo de nacer, es entregada a sus tíos maternos y a sus dos hermanas mayores con su abuelita materna. Por lo que ella debido a esto refiere haberse sentido abandonada física y moralmente por sus padres.

El tío decide criar a su sobrina junto a su esposa; ellos son su imagen paterna y materna; comenta que tuvo una infancia complicada, sus tíos no eran amorosos con ella y ante cualquier equivocación por parte de ella optaban por gritarle y en ocasiones pegarle.

En sus primeros años de vida recuerda que sólo le brindaban alimentación ropa y educación, no siendo prioridad la atención y los afectos. En cuanto a su desarrollo manifiesta haber sido muy introvertida; teniendo siempre pocos o casi nada de amigos; manifestó haber sufrido abuso sexual por parte de desconocidos, y producto de ello quedó embarazada; pero abortó a su bebé porque no tenía como mantenerlo. Posteriormente tuvo

un enamorado a los 18 con quien no tuvo una buena relación, conociendo luego a quien es el padre de sus hijos, pero con quien atraviesa problemas de separación actualmente, puesto que su pareja le manifestó ser homosexual y que tiene una relación con un compañero suyo.

Yanet Lucila Sulla Taipe
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos	: Brigit
Edad	: 40 años
Fecha de Nacimiento	: 16 – 09 – 1977
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Tercero de secundaria
Estado civil	: Separada
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Comerciante
Religión	: Católica
N° de Historia Clínica	: 34843
Informantes	: La misma paciente
Fecha de entrevista	: 06– 02– 2017
Nombre de la Evaluadora	: Bachiller Yanet Lucila Sulla Taipe

II PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD:

A Brigit se le observa que aparenta más de la edad referida, su aseo personal es adecuado y se viste correctamente según su sexo. Su contacto visual es evasivo al inicio y con el pasar del tiempo se logró contacto visual. Muestra mucho interés con el pasar de las sesiones, a pesar de que en la primera sesión manifiesta mucha tristeza y desgano. Siguió las indicaciones dadas en la terapia al pie de la letra y siempre con mucho entusiasmo, en pro de su mejoría y dar lo mejor de sí a su hija.

III EXPLORACIÓN DE LOS PROCESOS COGNOSCITIVOS

Atención, conciencia y orientación:

Atención: Mostró predisposición para mantener la atención el tiempo que duró tanto la evaluación como las terapias, muchas veces expreso sentirse cansada y apática, pero a pesar de ello mostraba interés en la terapia.

Conciencia: Por momento se refería hacia sí misma en tercera persona y en ocasiones al recordar las vivencias con sus tíos manifestaba tristeza y desaliento por la vida, volviéndose más pensativa.

Orientación: En cuanto a su orientación espacial es normal, se reconoce y reconoce a personas de su entorno, pero en su orientación temporal no logra ubicarse puesto que no precisa el día ni la fecha y en cuanto a sus recuerdos no logra precisar correctamente los sucesos en tiempos concretos y si los menciona, duda mucho al decirlos.

Lenguaje: la fluidez en el habla fue normal desde el primer día de las sesiones, habla con tono de voz baja pero que logra escuchársele. Al momento de referirse al aborto que se realizó empieza a sollozar y por ende su voz se torna entrecortada y por momentos agitada.

Pensamiento: Su pensamiento es obsesivo, puesto que en las primeras sesiones manifestaba que su pareja la engañaba con un hombre y luego mencionó que la engañaba con una psicóloga y siempre mencionaba infidelidades por parte de su esposo, pero con diferentes personas, creyendo que en todo momento era víctima de infidelidad.

Percepción: Procesa mejor la información auditiva que la visual. En todo momento Brigit se victimiza respecto a la relación con su pareja aduciendo que lo engaña con diversas personas y que quiere quitarle a su hija, pero que ella hará todo para que su pareja no se vaya de su lado.

Memoria: Tiene las memorias remota y reciente, alterados, debido a que sus recuerdos no logra ubicarlos en un tiempo preciso y al mencionarlos siempre antepone las palabras: “creo que” y no mostrando certeza en sus supuestas afirmaciones. Al manifestar cambios en su narración respecto a su relación de pareja y no precisar con quien es que le fue infiel, muestra que su memoria esta alterada.

Estado de ánimo y afectos: Al inicio de las sesiones se mostraba con tristeza y desgano, pero manifestaba estar interesada en la terapia para su mejoría. Cada vez que recordaba sus vivencias tanto de infancia como de juventud sollozaba y mostraba tristeza como molestia por todo lo que había sucedido con ella, su lenguaje corporal concordaba con lo que narraba.

Comprensión y grado de incapacidad del problema o enfermedad Brigit manifiesta que ella siempre ha sido así, narra que no fue querida por sus padres que la abandonaron,

todos sus seres queridos; sus vivencias tanto de infancia como juventud son muy negativos. Actualmente también se siente una víctima por el maltrato que viene recibiendo por parte de su expareja.

IV RESUMEN:

Brigit muestra un aseo y cuidado personal adecuados, aparenta más edad de la referida. Desde el inicio de las sesiones se mostró interesada por realizar la terapia mostrándose siempre colaboradora, y siempre estuvo predispuesta a todo lo que se le indicara a pesar de sentirse apática y desganada por los sucesos en su relación de pareja. Por momentos al referirse hacia sí misma lo hace en tercera persona y al narrar sus vivencias lo hace sollozando. Su orientación en espacio es correcta, mientras que la orientación en tiempo no es adecuada, puesto que al contar los sucesos tanto pasados como presentes no logra precisarlos con exactitud y siempre muestra duda en ello. Su lenguaje es fluido pero su tono de voz es bajo. Su pensamiento es obsesivo puesto que siempre manifiesta ser víctima de infidelidad por parte de su esposo, y que siempre fue víctima de las personas de su entorno. Brigit siempre se victimiza al narrar sus vivencias y manifiesta que todos la dañan. En cuanto a su memoria inmediata y remota se hallan alteradas, puesto que en sus narraciones siempre menciona que sufrió mucho y que por ende ella es la víctima de todos. Su estado anímico desde el inicio fue de tristeza y desgano, pero siempre mostrando interés en la terapia para su mejoría, todo esto concordando con su lenguaje corporal. Actualmente tiene conciencia de su problema.

Yanet Lucila Sulla Taipe
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACION

Nombres y Apellidos	: Brigit
Edad	: 40 años
Fecha de Nacimiento	: 16 – 09 – 1977
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Tercero de secundaria
Estado civil	: Separada
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Comerciante
Religión	: Católica
N° de Historia Clínica	: 34843
Informantes	: La misma paciente
Fechas de evaluación	: 08-02-2017 10-02-2017 13-02-2017
Nombre de la Evaluadora	: Bachiller Yanet Lucila Sulla Taipe

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que acude a consulta, por encontrarse separada del padre de su hija desde hace 11 meses; refiere sentirse con problemas de insomnio, irritable, poco apetito y también se siente muy dependiente de su ex pareja.

III. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

Paciente de 40 años de edad, aparenta más edad de la que refiere, de contextura gruesa, aproximadamente mide 1.55 cm. Presenta un adecuado arreglo personal; su expresión facial denota preocupación, no mantiene la vista fija en la evaluadora y en ocasiones esconde el rostro.

Se muestra presta a las preguntas; no logra ubicarse correctamente en tiempo. Su lenguaje es incongruente, de tono bajo, de velocidad lenta. Su postura es algo encorvada y su marcha es normal.

Al inicio de la evaluación la paciente demostró un comportamiento colaborador y demostrando una expectativa positiva a cada consulta.

IV. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- A. Observación
- B. Historia Clínica
- C. Entrevista
- D. Pruebas psicológicas

- Test de la persona bajo la lluvia
- Cuestionario de síntomas S.Q.R 18
- Inventario de autoestima forma B

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

- **Test De Persona Bajo La Lluvia**

En este test la paciente evidencia sentimientos de inferioridad, como timidez; con presencia de dependencia emocional, inadecuada percepción de sí mismo, introversión. Asimismo, se muestra pesimismo, debilidad, fatiga, desaliento, depresión, agotamiento, en cualquier actividad que realice o quiera realizar; presencia de pobreza de ideas, estrechez de criterio, al momento en el que tenga que racionalizar alguna situación de la vida diaria. En cuanto a lo social como personal, se presentan ansiedad, inseguridad, estrés, rasgos depresivos, ocultamiento, desubicación, dificultad para tomar decisiones, temor a lo social, desconfianza de las personas que la rodean.

Conflictos no resueltos en el pasado.

- **Cuestionario De Síntomas S.Q.R 18**

Análisis cuantitativo

Alto	Puntaje de 13-18
Medio	Puntaje de 7-12
Bajo	Puntaje de 1-6

PUNTAJE OBTENIDO: 15

Análisis cualitativo

Al responder el cuestionario, Brigit dio positivo; por lo que se muestra que tiene rasgos ansiosos muy marcados ya que el puntaje obtenido fue 15, lo cual lo hace ubicar en el rango de alto.

Las características que más resaltan para evidenciar los resultados es su falta de apetito, se siente cansada, con falta de sueño; lo cual es evidente en la paciente; asimismo su vulnerabilidad emocional.

- **Inventario De Autoestima Forma B**

Análisis cuantitativo

Alto	1-9
Normal	10-18
Bajo	19-30

Puntaje: 20

Análisis cualitativo

Los resultados demuestran que Brigit presenta una autoestima baja ya que tuvo un puntaje positivo de 20 preguntas las cuales manifiestan que tiene una pobre percepción de si como de su condición y situación. Su autopercepción como la percepción de su entorno se ven afectados por su inadecuada apreciación, lo cual le impide valorar lo positivo.

VI. RESUMEN

Brigit, presenta a través de la entrevista como observación realizada y de las pruebas aplicadas rasgos ansiosos marcados, también es muy evidente una baja autoestima con una pobre apreciación de sí misma.

En cuanto a lo social como personal, presentan ansiedad, inseguridad, estrés, rasgos depresivos, ocultamiento, desubicación, dificultad para tomar decisiones, temor a lo social, desconfianza de las personas que la rodean. Asimismo, se muestra pesimismo, debilidad, fatiga, desaliento, depresión, agotamiento, en cualquier actividad que realice o

quiera realizar; presencia de pobreza de ideas, estrechez de criterio, al momento en el que tenga que racionalizar alguna situación de la vida diaria.

Yanet Lucila Sulla Taipe
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	: Brigit
Edad	: 40 años
Fecha de Nacimiento	: 16 – 09 – 1977
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Tercero de secundaria
Estado civil	: Separada
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Comerciante
Religión	: Católica
N° de Historia Clínica	: 34843
Informantes	: La misma paciente
Fecha de entrevista	: 02/13– 02– 2017
Nombre de la Evaluadora	: Bachiller Yanet Lucila Sulla Taipe

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que acude a consulta, por encontrarse separada del padre de su hija desde hace 11 meses; refiere sentirse con problemas de insomnio, irritable, poco apetito y también se siente muy dependiente de su ex pareja.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas:
 - ❖ Test de la persona bajo la lluvia
 - ❖ Inventario de Autoestima Forma B
 - ❖ Cuestionario de Síntomas S.Q.R 18

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La paciente fue concebida de un embarazo no planificado, su parto fue aparentemente sin complicaciones, ha tenido un desarrollo físico y psicológico dentro de los parámetros normales.

Comenzó sus estudios pre escolares y primarios dentro de las edades normales, no logrando culminar sus estudios secundarios quedándose en cuarto de secundaria.

Tuvo abandono moral y físico por parte de sus progenitores por lo que tuvo que ser criada por sus tíos.

Sufrió abuso sexual por parte de desconocidos, quedando embarazada y por esta razón decide abortar.

V. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

Tiene 40 años de edad, aparenta más edad de la que refiere, de contextura gruesa, aproximadamente mide 1.55 cm. Presenta cuidado en su arreglo personal; su expresión facial denota preocupación, no mantiene la vista fija en la evaluadora y en ocasiones esconde el rostro; mostrándose un tanto evasiva.

Se muestra presta a las preguntas, muestra alteraciones en ubicación de tiempo. Su lenguaje es incongruente, de tono bajo, de velocidad lenta. Su postura es algo encorvada y su marcha es normal.

Al inicio de la evaluación la paciente demostró un comportamiento colaborador y demostrando una expectativa positiva a cada consulta.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Presenta falta de confianza en sí misma, baja autoestima, pobre aceptación de imagen personal, inadecuadas relaciones interpersonales, dependencia afectivo-emocional, y marcada ansiedad, tiene sentimientos de rechazo a sí misma, sentimiento de abandono: “mis padres no me querían, me abandonaron desde pequeña; mi pareja también me abandona “. Presenta sentimientos de culpa por el aborto que se realizó, ideas marcadas continuas de que su esposo la engaña con muchas personas ya sean del género opuesto o de su mismo género, lo que no le permite confiar en su pareja. Manifiesta tener problemas en el sueño puesto indica no poder dormir por estar pensando en su pareja.

También muestra que presenta fatiga, desanimo por lo que le es difícil desenvolverse día a día.

VII. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Tomando en cuenta los rasgos mencionados, podemos concluir que la paciente presenta TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO (F41.2)

VIII. PRONÓSTICO

Favorable: En la medida que la paciente viene cumpliendo con el plan psicoterapéutico, y también cuenta con el apoyo de su hermana, la misma que la acompaña a sus sesiones y que tiene un acercamiento constante.

IX. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia Individual.
- Psicoterapia familiar.

Yanet Lucila Sulla Taipe
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	: Brigit
Edad	: 40 años
Fecha de Nacimiento	: 16 – 09 – 1977
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Tercero de secundaria
Estado civil	: Separada
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Comerciante
Religión	: Católica
N° de Historia Clínica	: 34843
Informantes	: La misma paciente
Fecha de entrevista	: 06– 02– 2017
Nombre de la Evaluadora	: Bachiller Yanet Lucila Sulla Taipe

II. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Presenta baja autoestima, pobre aceptación de imagen personal, pobres relaciones interpersonales en todos los contextos su vida, dependencia emocional, y fuerte signos de ansiedad, tiene sentimientos de rechazo a sí misma. Presenta tristeza y temor a causa de los abusos cometidos por parte de desconocidos y por el aborto que se realizó. Asimismo, presenta problemas del sueño dado que no logra conciliar el sueño en las noches; manifiesta que también le duele el cuerpo y que se cansa fácilmente, no logrando orientarse muchas veces; comenta que también se siente impaciente y que se exaspera con su hija, pero igual la quiere.

Tomando en cuenta los rasgos mencionados, podemos concluir que la paciente presenta TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO (F 41.2).

III. OBJETIVOS

- Lograr la reestructuración cognitiva para que así elimine los pensamientos negativos y formule pensamientos positivos.

- Mejorar y aumentar la autoestima para que así logre una adecuada aceptación de su imagen personal.
- Modificar los modos de reaccionar y afrontar problemas para así lograr el control de impulsos y emociones, por ende, también regule su sistema para que ya no somatice sus malestares y pueda conciliar el sueño.
- Trabajar en cuanto a concentración, para que pueda ubicarse en tiempo.

IV. DESCRIPCION DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

Nº DE SESIONES	TÉCNICA PSICOTERAPEUTICA	OBJETIVO
SESIÓN Nº1	AUMENTO DE CONCIENCIA Y AUTOACEPTACION	-Canalizar sentimientos psitivos hacia su propia persona.
SESIÓN Nº 2	AUTORREFORZAMIENTO	-Propiciar el autorrefuerzo o autorrecompensa trabajando con sus gustos, lo cual ayudará a incrementar la autoestima y a tener un concepto positivo de ella misma.
SESIÓN Nº 3	REESTRUCTURACION COGNITIVA	-Sustituir pensamientos irracionales o distorsionados por otros más coherentes y con base real.
SESIÓN Nº 4	TERPIA DE RELAJACION	-Disminuir tención como ansiedad, a través de respiración y que pueda sentir alivio, más ya no fatiga.
SESIÓN Nº 5	TERAPIA RACIONAL EMOTIVA	-Expresar y racionalizar los comportamientos negativos ante la pérdida de control de impulsos y emociones.

SESION N° 6	TERAPIA RACIONAL EMOTIVA	-Brindar alternativas de solución para lograr el autocontrol y poder así mejorar sus reacciones agresivas ante los problemas
SESIÓN N° 7	TÉCNICA COGNITIVA: AUTOINSTRUCCIONES	-Aprender y/o mejorar los estilos de afrontamiento, de solución de problemas y de toma de decisiones
SESIÓN N°8	TECNICA COGNITIVA CONDUCTUAL	-Ser asertiva en cada momento ya sea de dificultad o bonanza .
SESIÓN N°9	REESTRUCTURACION Y REORGANIZACION COGNITIVA	-Aprender a discriminar en los tipos de comunicación .
SESIÓN N°10	TERAPIA DEL PERDÓN	-Cambiar perspectiva de los recuerdos para tener otra óptica
SESIÓN N° 11	TERAPIA DE PAREJA	-Hacer intercambio y contrastación de ideas con la pareja para llegar a acuerdos
SESIÓN N° 12	TERAPIA DE PAREJA	-Aprender a expresarse mutuamente calor físico

SESIÓN N°1

TÉCNICA	Aumento de la conciencia y auto aceptación.
OBJETIVO	Toma de contacto entre la terapeuta y la paciente, obtención de información cuanto se requiere, canalizar sentimientos positivos, hacia su propia persona y los demás.
DESARROLLO	Se dará inicio el proceso terapéutico a través de un rapport con la paciente para establecer un clima agradable y de confianza. En seguida se realizará un análisis funcional de la conducta problema donde se describirá la valoración hacia su persona. Se detectarán cualidades positivas y negativas. Finalmente resaltaremos las cualidades positivas de la paciente a través de una lista que ella misma escribirá para generar una auto aceptación.
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	Ficha de observación Hojas bond Lápiz Borrador

SESIÓN N° 2

TÉCNICA PSICOTERAPEUTICA	AUTORREFORZAMIENTO
OBJETIVO	Mediante la psicología positiva se trata de propiciar el autorrefuerzo o autorrecompensa trabajando con sus gustos, lo cual ayudará a incrementar la autoestima y a tener un concepto positivo de ella misma.

DESARROLLO	<p>Trabajaremos con sus gustos particulares y/o posibles actividades laborales, lo cual ayudará a incrementar la autoestima y a tener un concepto positivo de ella misma.</p> <p>ASIGNACIÓN DE TAREAS</p> <p>Pensar en que actividades laborales le gustaría desempeñarse u otras actividades que decida realizar.</p>
TIEMPO	15 minutos
MATERIALES	<p>Hojas bond</p> <p>Lápiz</p> <p>Borrador</p> <p>Ficha de observación</p>

SESIÓN N° 3

TÉCNICA	RESTRUCTURACIÓN Y REORGANIZACIÓN COGNITIVA
OBJETIVO	Sustituir pensamientos irracionales o distorsionados por otros más coherentes y con base real que le permita racionalizar su realidad.
DESARROLLO	<p>La terapeuta y la paciente juntas identifican las suposiciones, creencias y expectativas luego formulan la manera de verlas como hipótesis que pueden ponerse a prueba.</p> <p>En seguida reorientar aquellas creencias falsas y negativas de los pacientes acerca de si misma, del mundo en que viven y el futuro.</p> <p>Además de ello se modificarán actitudes y conductas por medio de cambios de conceptos y organizar de nuevo una serie de ideas de acuerdo con la lógica y la realidad.</p>
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	Ficha de observación

SESIÓN N°4

TECNICA	TÉCNICA DE RELAJACIÓN Relajación progresiva según Jacobson y abdominal.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la sintomatología ansiosa • Permitir una adecuada respiración como completa, reduciendo los niveles ansiedad, fatiga, estrés.
DESARROLLO	<p>TÉCNICA DE LA RELAJACIÓN PROGRESIVA SEGÚN JACOBSON</p> <p>La primera fase se denomina de tensión-relajación. Tensionar y luego de relajar diferentes grupos de músculos en todo su cuerpo, con el fin de que aprenda a reconocer la diferencia que existe entre un estado de tensión muscular y otro de relajación muscular. Esto permite el logro de un estado de relajación muscular que progresivamente se generaliza a todo su cuerpo. Se debe tensionar varios segundos entre cinco y diez minutos y relajar lentamente.</p> <p>La segunda fase consistirá en revisar mentalmente los grupos de músculos, comprobando que se han relajado al máximo.</p> <p>La tercera fase se denomina relajación mental. En la cual se debe pensar en una escena agradable y positiva posible o en mantener la mente en blanco, se trata de relajar la mente a la vez que continúa relajando todo su cuerpo.</p> <p>1ª FASE: Tensión-relajación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos): <ul style="list-style-type: none"> - Frente: Arruga unos segundos y relaja lentamente. - Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente. - Nariz: Arrugar unos segundos y relaja lentamente. - Boca: Sonreír ampliamente, relaja lentamente. - Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente.

	<ul style="list-style-type: none"> - Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaja lentamente. - Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente. - Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente. - Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente. • Relajación de brazos y manos. Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relaja lentamente. • Relajación de piernas: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente. • Relajación de tórax, abdomen y región lumbar (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla): o Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros. o Tórax: Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente. o Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente. o Cintura: Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla. <p>2ª FASE: repaso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas. <p>3ª FASE: relajación mental.</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco. <p>TECNICA DE LA RESPIRACION DIAFRAGMATICA O ABDOMINAL</p> <p>Póngase en una posición cómoda. Puede ser de pie, sentado o acostado boca arriba, en este caso será sentada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concéntrese en la exhalación para mayor relajación. • Nunca aguante la respiración ni jadee buscando aire. • Si se siente mareado o se va a desmayar, regrese a su patrón normal de respiración. <p>Inhale por la nariz si puede, por 3 a 5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Permita que el estómago suba conforme el aire entra a sus pulmones. Exhale por la boca si puede por 3-5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Permita que su estómago baje conforme el aire sale de sus pulmones. Repita cada paso hasta que su cuerpo se sienta relajado.</p> <p>ASIGNACIÓN DE TAREAS</p> <p>Se elaborará un programa de actividades agradables con la finalidad de modificar algunos hábitos de la paciente, buscando establecer nuevas actividades, las cuales sean de disfrute para la joven, de tal modo que la joven misma elabore el itinerario de actividades y la comprometan activamente en su recuperación y que involucre el hábito de la respiración diafragmática antes de levantarse de la cama y antes de dormir.</p>
TIEMPO	15 minutos
MATERIALES	Ficha Control

SESIÓN N° 5

TÉCNICA	RACIONAL EMOTIVA
OBJETIVO	Expresar y racionalizar los comportamientos negativos ante la pérdida de control de impulsos y emociones.
DESARROLLO	<p>Se le brinda la ficha de Evaluación de la Perdida de Control y Mis Propios Recursos (anexo1), tendrá que contestar a cada uno de las preguntas, donde la paciente tendrá que recordar las situaciones en las cuales pierde el control, como son sus reacciones y quien es la persona más frecuente con la que pierde el control. Luego de terminar tendrá que leer sus respuestas.</p> <p>Luego de conocer donde se producen sus reacciones violentas o conflictivas, pediremos a la paciente que nos cuenta cómo se siente cuando pierde el control, que cambios siente en su cuerpo y cómo cambian sus pensamientos, lo cual será registrado en una ficha llamada como pierdo el control. (anexo2) nuevamente al culminar se pide que lea sus respuestas.</p> <p>Por último, se le brindará una charla reflexiva sobre sus reacciones negativas exponiéndole las consecuencias que pueden tener las mismas.</p>
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	<p>Ficha</p> <p>Lapicero</p>

SESIÓN N° 6

TÉCNICA	RACIONAL EMOTIVA
OBJETIVO	Brindar alternativas de solución para lograr el autocontrol y poder así mejorar sus reacciones agresivas ante los problemas
DESARROLLO	La sesión comenzará explicando cómo es el procedimiento cuando una persona pierda el control y por las tres fases que se presenta las cuales son:

- Comienza sensaciones físicas
- Se presentan pensamientos negativos
- Explosión de gritos, insultos, golpes

Después de la explicación se le brindara a la paciente diferentes técnicas que puede utilizar al momento que pierda el control las cuales son:

TÉCNICA DE RESPIRACIÓN PROFUNDA

Utilizando la respiración diafragmática.

1. Inspira profundamente mientras cuentas mentalmente hasta cuatro
2. Mantén la respiración mientras cuentas mentalmente hasta cuatro
3. Suelta el aire mientras cuentas mentalmente hasta ocho
4. repite el proceso anterior

TECNICA DEL VOLUMEN FIJO (paralingüística)

En las discusiones siempre se tiende a alzar la voz cada vez por ambas personas, tu capacidad de autocontrol será exteriorizada controlando tu propio volumen, y así provocarás una disminución de la tensión en la situación y de paso e se pueda exponer con calma lo sucedido e intentar solucionarlo.

TÉCNICA DE TIEMPO FUERA

En el momento que existe una situación tensa y tu cuerpo, tu pensamiento o tus actos te estén dando muestras de que la Alteración está consiguiendo que pierdas el autocontrol, se activará el semáforo rojo. Quiere decir, que al darte cuenta te pararás y sencillamente saldrás un momento del lugar donde se está dando el altercado. En ese periodo breve de tiempo deberás buscar un modo de provocar el descenso de tu nerviosismo. Cuando notes que ya has descendido la tensión y puedes volver a intentar resolver el altercado, con calma y respiración profunda volverás a intentar aclararlo o resolverlo.

	<p>AUTOVERBALIZACIONES</p> <p>Cada vez que sientas que pierdes el control interiormente y con mucha convicción repetirás las siguientes frases: soy capaz de controlarme, no voy a dejar que esto me domine, puedo manejar esta situación, ve con orden, di una cosa cada vez, mantén el volumen</p> <p>A cada técnica brindada se le escenifica un ejemplo para lograr la mayor comprensión de las técnicas dadas, posteriormente la misma paciente realiza otro ejemplo para la internalización del aprendizaje.</p> <p>Para concluir se le brinda a la paciente algunas recomendaciones para la realización de las técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada vez que tengas pérdida del control utiliza una técnica distinta • Nunca realices todas las técnicas juntas. • Ten paciencia y confianza en ti misma.
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	

SESIÓN N°7

TECNICA	TÉCNICA COGNITIVA: AUTOINSTRUCCIONES
OBJETIVO	Aprender y/o mejorar los estilos de afrontamiento, de solución de problemas y de toma de decisiones

DESARROLLO	Detectar en la paciente afirmaciones como “no puedo dejarme”, “nadie puede decirme nada”, y cambiarlas por auto instrucciones positivas como “puedo recibir ayuda de los demás”, “puedo recibir algunos consejos”, “yo valgo la pena y merezco ser feliz”.
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	Ninguna

SESIÓN N°8

TECNICA	TÉCNICA COGNITIVA CONDUCTUAL
OBJETIVO	Aceptar las críticas Utilizar el estilo asertivo para hacer frente a las críticas
DESARROLLO	Se hará una pequeña reflexión a la paciente sobre que es criticar: es opinar sobre los demás, sobre lo que hacen, asimismo que existen críticas positivas y negativas. Las positivas opinan sobre algún comportamiento nuestro, pero ayudan, dicen cómo hacerlo mejor por lo contrario las críticas negativas son dañinas, fastidian desanima y nos ponen de mal humor, no ayudan en nada solo ridiculizan lo que hacemos. Luego de esta explicación el terapeuta pedirá a la paciente recordar y comentar una situación donde fue criticada positiva o negativamente ya sean familiares, amigos o compañeros de trabajo. Asimismo describirá el estilo de comunicación que utilizo hacerle frente.
TIEMPO	30 minutos
MATERIALES	Ninguna

SESIÓN N°9

TÉCNICA	RESTRUCTURACIÓN Y REORGANIZACIÓN COGNITIVA
OBJETIVO	<p>Proporcionar oportunidades para practicar habilidades asertivas.</p> <p>Aprender a discriminar entre los estilos de comunicación agresivo, pasivo y asertivo</p>
DESARROLLO	<p>Se inicia la sesión preguntando a la participante cuanto sabe de asertividad, planteándose una situación de la vida diaria.</p> <p>Ejemplo “la vecina llega a su casa golpeando fuertemente la puerta de su casa. Ud. abrió la puerta y la vecina la culpa a Ud. de haber roto las flores de su jardín</p> <p>Se consulta a la paciente cuál sería su reacción frente a esta situación, escuchando cada una de estas</p> <p>Se procede a explicar en qué consiste cada uno de los tres tipos de comunicación, donde se define cada uno de los comportamientos, la cual será entregada a la paciente y tendrá que analizar cuál de los estilos de comunicación es el que utilizaría y por qué.</p> <p>Finalmente, se le pedirá que haga un análisis de los tipos de comunicación trabajados para definir cuál de las conductas es la más adecuada a emplear. Llegándose a que la paciente se comprometa a desarrollar sus habilidades asertivas.</p>
TIEMPO	30 minutos
MATERIALES	Ninguno

SESION N° 10

TECNICA	TERAPIA DEL PERDÓN
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar el recuerdo de lo vivido y verlo desde otra óptica.
DESARROLLO	<p>Utilizando la psicología Positiva se plateó la técnica REACE, se hizo recordar a la evaluada lo que sucedió objetivamente, no pensando en el otro como malvado intentado comprender por qué hizo el daño, qué lo motivo, que circunstancias lo llevaron a hacerlo, se le hizo recordar una ocasión en donde ella hizo algo malo, por lo cual se sintió muy culpable y fue comprendida. Se le solicito redactar una carta de perdón sin embargo esto no implica olvidar, sino cambiar el recuerdo del suceso y verlo desde otra óptica que le de tranquilidad y equilibrio en su vida.</p> <p>FASE DE DESCUBRIMIENTO</p> <p>El cliente adquiere conciencia de cómo la injuria sufrida ha comprometido o afectado su vida.</p> <p>FASE DE DECISIÓN</p> <p>El cliente adquiere un conocimiento preciso de la naturaleza del perdón y hace la decisión de perdonar en base a esa comprensión.</p> <p>FASE DE TRABAJO</p> <p>Repensar al ofensor en un nuevo marco, entendiéndolo como humano.</p> <p>FASE DE PROFUNDIZACIÓN</p> <p>Tomando conciencia de las transformaciones emocionales experimentadas</p> <p>La primera persona a la que tienes que perdonar es a ti mismo.</p> <p>'El poder de la palabra': decirse cosas positivas.</p> <p>Nadie es más que nadie.</p> <p>Cada uno está cumpliendo el papel que tiene que cumplir.</p> <p>Ayudar a las personas, no tener envidia.</p>

	<p>'Aquello que no se realizó lo vamos a reconstruir'</p> <p>Fomentaremos la resiliencia como la capacidad que tiene un individuo de soportar situaciones difíciles, y aún más, saliendo más fortalecido de ellas. Teniendo en cuenta aspectos tales como las redes sociales, autoestima, altruismo, participación comunitaria, entre muchos otros.</p>
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	

SESION N°11

TECNICA	TERAPIA DE PAREJA (Expresar directamente sentimientos negativos)
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar directamente sentimientos negativos, haciéndose ver y comentar las diferencias entre las expresiones directas y constructivas de sentimientos negativos y las expresiones perjudiciales.
DESARROLLO	<p>Se presentará y se hará ser ver y comentar las diferencias entre las expresiones directas y constructivas de sentimientos negativos y las expresiones perjudiciales (anexo 10)</p> <p>Se les otorgara la fórmula para expresar los sentimientos negativos y algunos ejemplos. (anexo 11)</p> <p style="text-align: center;">ASIGNACION DE TAREAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anotar las situaciones y las expresiones apropiadas de sentimientos negativos (Anexo 12) y en su autoinforme anotar las actividades positivas del día.
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	Ficha

SESION N°12

TECNICA	TERAPIA DE PAREJA (Intercambio de afecto físico)
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar calor afectivo hacia el otro físicamente y sentimientos de intimidad.
DESARROLLO	<p style="text-align: center;">REVISION DE TAREAS</p> <p>Se les informa a las parejas que un abrazo un beso, una pequeña caricia en la nuca o en la oreja son reconocidos como expresiones de afecto y aprecio, y no debemos olvidar este significado poderoso de comunicación positiva.</p> <p>Iniciamos hablando de como los seres humanos tienen una necesidad innata de contacto físico y proximidad. Cuando a los niños se les priva de contacto y de caricia física pueden morir. En los adultos puede, la carencia de contacto físico puede conducir a sentimientos de aislamiento y soledad.</p> <p style="text-align: center;">EJERCICIO DE LA CARICIA DE LA MANO</p> <p>“Comunicación con el dedo pulgar”</p> <p>Se instruye a la pareja para que ahuequen sus manos derechas y ligeramente entrelazando sus dedos y encarando sus pulgares. La pareja tiene que simular que sus pulgares son viejos amigos que no se han visto hace mucho tiempo, y mostrar cómo pueden saludarse mutuamente (obviamente sin palabras, ya que los pulgares no hablan). Ahora como podrían luchar y mostrar su amor y cariño. Se le pregunta a la pareja si disfrutaron con esto, y enfatizar que aprender a comunicar sin palabras puede ser agradable y divertido.</p> <p>Después del calentamiento con la comunicación con el dedo pulgar, podemos empezar con el ejercicio de la caricia de la mano demostrando en primer lugar varias técnicas de acariciar. Durante la demostración la pareja observa como el</p>

	<p>psicoterapeuta inicia las peticiones para la estimulación física y da feedback instructivo para ayudar a guiar a la persona que está dando el masaje.</p> <p>Después del modelado los conyugues deben por turnos iniciar peticiones y dar feedback. Se guía a la pareja señalando tanto las formas apropiadas como las inapropiadas de comunicar verbalmente los deseos el uno al otro” Comunicación inapropiada y apropiada” (anexo 13)</p> <p style="text-align: center;">ASIGNACION DE TAREAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anotar en el autoregistro las situaciones y la comunicación apropiada al menos cinco veces al día y anotar actividades positivas del día a día.
TIEMPO	
MATERIALES	

V. TIEMPO DE EJECUCION

Se brindará una sesión por semana, es decir la paciente tendrá que realizar sesiones, la cuales tendrán una duración de 30 a 45 minutos.

VI. AVANCES PSICOTERAPEUTICOS.

Durante la intervención psicoterapéutica y la aplicación progresiva de las técnicas se ha observado cambios significativos en la paciente, reduciendo hasta sus impulsos y cambiando su autopercepción.

Yanet Lucila Sulla Taipe
Bachiller en Psicología

ANEXOS

ANEXO 1

Hoy día yo me siento

Bien Por que	Mal.....Por que

ANEXO 2
CÓMO PIERDO EL CONTROL

QUÉ NOTO EN MI CUERPO	QUÉ PIENSO	QUÉ HAGO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ANEXO 3

“Estilos de comunicación”

1. Ser **PASIVO** significa:

Evitar decir lo que sientes, quieres u opinas:

- Porque tienes miedo de las consecuencias.
- Porque no crees en tus derechos personales.
- Porque no sabes cómo expresar tus derechos.
- Porque crees que los derechos de los demás son más importantes que los tuyos.

Ejemplo: “Pedro al llegar a su casa cuenta que su hermano se ha puesto su camisa nueva, ello le produce cólera pero no dice nada”.

2. Ser **AGRESIVO** significa:

Decir lo que piensas, sientes, quieres u opinas sin respetar el derecho de los demás a ser tratados con respeto.

Ejemplo: “

Pedro: Juan eres un conchudo, por qué te pones mi camisa nueva.

Juan: No me fastidies.

3. Ser **ASERTIVO** significa:

Decir lo que tú piensas, sientes, quieres u opinas sin perjudicar el DERECHODE LOS DEMAS. Es hacer respetar nuestros derechos con firmeza considerando el contexto social.

Ejemplo: Juan estoy muy molesto porque te has puesto mi camisa nueva sin permiso.

Juan: Disculpame Pedro no volveré hacerlo.

ANEXO 4

DISCRIMINACION DE RESPUESTAS

Instrucciones: Para cada una de las situaciones que se presentan decide si la respuesta es pasiva (PAS), agresiva (AGR) o (ASE). Rodea con un círculo la respuesta apropiada.

1. Situación 1

Chico a su enamorada: “Me gustaría que te tiñeras el pelo de rubio”

Respuesta: A mí que me importa, lo que tú quieres, no me friegues”

PAS AGR ASE

2. Situación 2

Profesor a un estudiante: “Tus tareas son una cochinada. Hazlas de nuevo”

Estudiante: “Esta bien, tiene razón” y piensa (la verdad es que soy un inútil)

PAS AGR ASE

3. Situación 3

Chica a un amigo: “¿Podrías acompañarme a pedir mi mochila, después de la clase?”

Amigo: “Lo siento, pero hoy no puedo”

PAS AGR ASE

4. Situación 4

Juan a Daniel: “Aléjate de Martha o le diré a ella que tú eres un fumón”

Daniel: “Inténtalo y te enseñaré quien puede y quien no puede ver a Martha”

PAS AGR ASE

5. Situación 5

Pedro a Juana: “Tenemos tres meses de enamorados, quiero que me des la prueba del amor”

Juana: “No se...tengo miedo...creo que no...pero no quiero que te molestes y me dejes...está bien”

PAS AGR ASE

6. Situación 6

Un chico a otra: “¿Por qué te has puesto esa ropa tan ridícula?”

Chica: “Mi ropa, es asunto mío”

PAS AGR ASE

7. Laura a su compañera Rosa: “Préstame tu cuaderno para copiarme la tarea”

Rosa: “Tengo que estudiar, tengo examen...pero ya pues, que importa, te lo presto”

PAS AGR ASE

ANEXO 5

PONGO EN PRÁCTICA

¿QUÉ SUCEDIÓ? SITUACIÓN TENSA	¿CÓMO REACCIONÉ? TÉCNICA QUE USÉ Y MOMENTO	¿LOGRÉ CONTROLARME? FUNCIONÓ (SÍ O NO)

ANEXO 6

Dar gratificaciones

1. Llevas un vestido precioso
2. Iré a la tienda a comprar el helado que tanto te gusta
3. TE preparo algo de beber, etc.

Agradecer gratificaciones

1. Gracias por decirme eso.
2. Eres galante
3. Gracias por el almuerzo.

Pedir gratificaciones

1. Recuerdo que me gusta ir a la piscina, ¿me llevas por favor?
2. ¿Me das un beso?
3. ¿El domingo harías mi comida preferida?

Marido

Dar gratificaciones

Agradecer gratificaciones

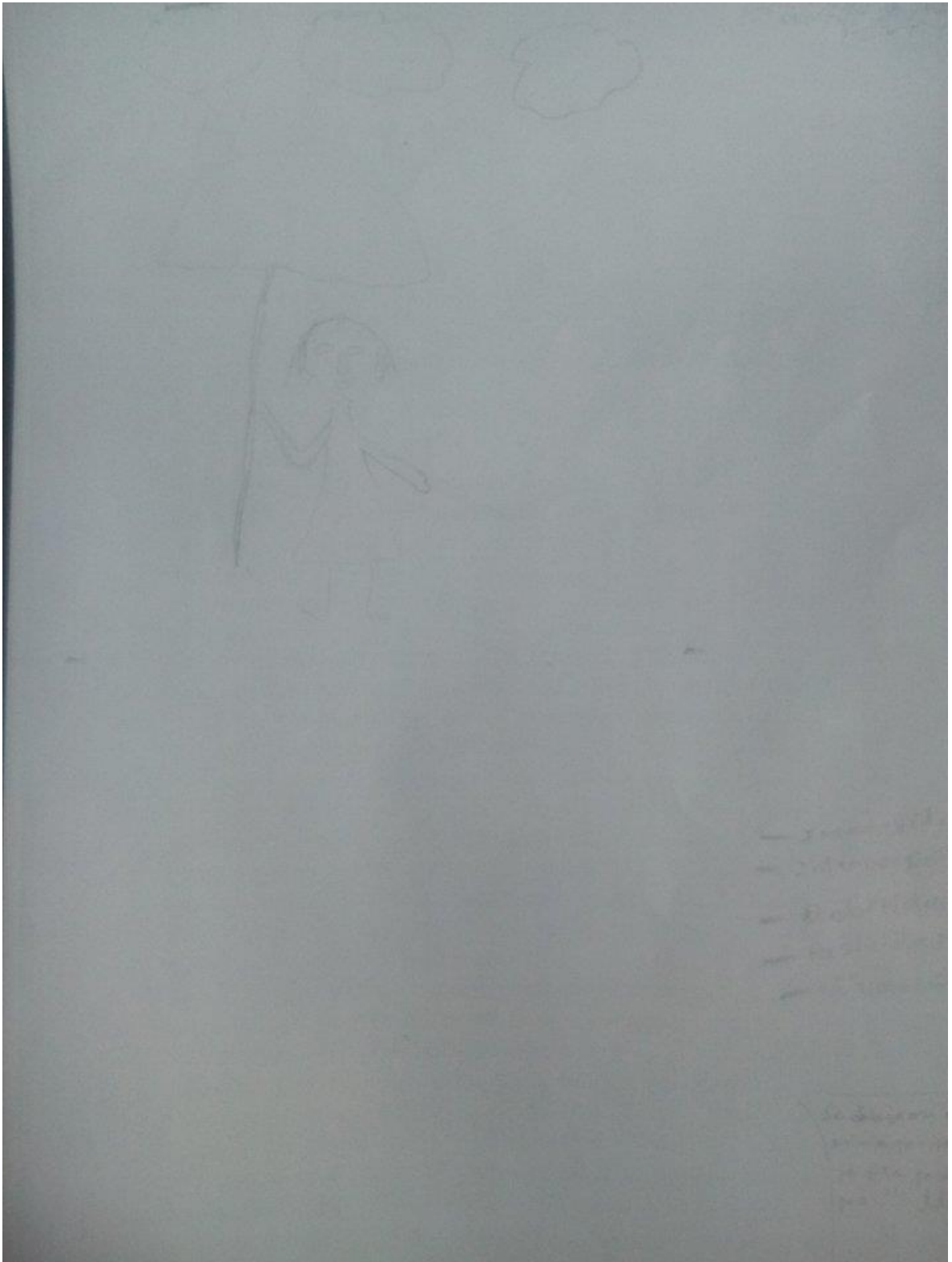
Pedir gratificaciones

Esposa

Dar gratificaciones

Agradecer gratificaciones

Pedir gratificaciones



C.S. BUENOS AIRES DE CAYMA
INVENTARIO DE AUTOESTIMA
FORMA B

Nombre Ortiz Maria Mercado Sexo (F) (M) Edad 40 Fecha de Nac. 06/04/77
Centro Educativo _____ Grado _____ Sección _____ No Ord. _____
EXAMINADOR _____ TOTAL _____ G _____ S _____ A _____ P _____ L _____

INSTRUCCIONES:

Por favor marca para cada afirmación sólo una respuesta de la siguiente manera:
Si la afirmación describe la manera como te sientes usualmente, marca con una X en la columna

V VERDADERO

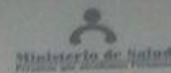
Si la afirmación no describe la manera como te sientes usualmente, marca con una X en la columna **F FALSO**

Este no es un examen, y no hay respuestas correctas o equivocadas.

- | | V | F |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Me gustaría ser más pequeño | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. A los chicos y chicas les gusta jugar conmigo | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Usualmente abandono el trabajo escolar cuando es muy duro | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mis padres nunca se enojan conmigo | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Yo sólo tengo pocos amigos | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Me divierto mucho con mis padres | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Me gusta ser un chico / me gusta ser una chica | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Soy un fracaso en el colegio | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Mis padres me hacen sentir que no soy lo suficientemente bueno | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Usualmente fracaso cuando intento hacer cosas importantes | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Yo estoy feliz la mayor parte del tiempo | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Yo nunca he tomado nada que no me pertenezca | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Frecuentemente me siento avergonzado de mi mismo | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14. La mayoría de chicos y chicas juega mejor que yo | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15. Frecuentemente siento que, no soy tan bueno | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. La mayoría de chicos y chicas son más listos que yo | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Yo les desagrado a mis padres porque no soy tan bueno | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. A mi me agradan todos los que conozco | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Yo soy tan feliz como la mayoría de chicos y chicas | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. La mayoría de chicos y chicas son mejores que yo | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21. Me gusta jugar con niños más pequeños que yo | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Frecuentemente siento que me gustaría abandonar el colegio | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 23. Yo puedo hacer las cosas tan bien como otros chicos y chicas | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Yo cambiaría muchas cosas de mi persona si yo pudiera | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Hay muchas ocasiones en que quisiera huir de mi casa | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 26. Yo nunca me preocupo de nada | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 27. Yo siempre digo la verdad | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Mi profesor piensa que yo no soy lo suficientemente bueno | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 29. Mis padres piensan que soy un fracaso | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30. Yo me preocupo mucho | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(4)

ANEXO 1
CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS
S.Q.R. - 18



Fecha: _____ Entrevistador: _____
 Establecimiento: Centro de Salud Bessiro Alres Cuyana

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente: Birgit Maria Mercado
 Fecha de Nacimiento: 16-09-12 Edad: 37 Sexo: M K
 Dirección: Aroc. Villa continental Mz T Lt 2 Cant 3a

Motivo de la Consulta:

Person viene a consulto ya que manifiesta es una atroz angustia de separación por parte del esposo y porque hay una probabilidad que se parea con otra persona.

- | | | | |
|--|--|--|--------------------------|
| 1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene mal apetito? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Duerme mal? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Se asusta con facilidad? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Sufre de temblor de manos? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Se siente nervioso o tenso? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Sufre de mala digestión? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Es incapaz de pensar con claridad? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Se siente triste? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Llora usted con mucha frecuencia? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| (¿Su trabajo se ha visto afectado?) | | | |
| 14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Ha perdido interés en las cosas? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Se siente aburrido? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> |

Puntuación de las preguntas 1-18 :

15

Yanet Sula tuipa