

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



**“ESTILOS DE AFRONTAMIENTO E IDEACION SUICIDA EN ESTUDIANTES DE
LA ESCUELA DE ARTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN -
2018”**

TESIS PRESENTADA POR LAS BACHILLERES:

Patricia Doris Chalco Rendon

Kathleen Patricia Rojas Rojas

**PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE PSICÓLOGAS**

ASESOR

PS. GUILLERMO VILLASANTE BENAVIDES

AREQUIPA – PERÚ

2018

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de presentar a vuestra consideración el trabajo de investigación titulado **“ESTILOS DE AFRONTAMIENTO E IDEACION SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ARTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN - 2018”**, el mismo que tras su revisión y dictamen favorable nos permitirá optar el Título Profesional de Psicólogas. Cumpliendo con los requisitos del reglamento vigente, esperamos que vuestra apreciación evalúe el esfuerzo realizado y que la presente investigación sirva de aporte al conocimiento psicológico y sea un incentivo para que se realicen futuras investigaciones.

Arequipa, Octubre 2018

Bachilleres:

Patricia Doris Chalco Rendon

Kathleen Patricia Rojas Rojas

DEDICATORIA

*Con mucho afecto a la Ps. Elsa Rodríguez Valero y a nuestro querido amigo Gabriel Bruna
gracias por cada momento de felicidad compartido.*

Patricia y Kathleen

AGRADECIMIENTOS

A los estudiantes de la Especialidad de Música quienes fueron partícipes de la siguiente investigación.

Patricia y Kathleen

RESUMEN

La música representa un papel fundamental debido a su influencia a nivel global en todas las personas, ya que es uno de los estímulos a los que la gente se ve más expuesta en su trabajo, en la calle y en los medios de comunicación. Crear música está íntimamente ligado con la actividad mental, llegando a manifestarse en diferentes emociones, relaciones interpersonales y rasgos de la personalidad. Es por eso que la presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y la ideación suicida en los estudiantes de la Escuela Profesional de Artes de la especialidad de Música de la Universidad nacional de San Agustín. La población estuvo constituida por 110 estudiantes, cuyas edades oscilan entre 16 y 24 años, en donde el 33.6% fueron mujeres y el 66.4% fueron varones. Se utilizó un diseño transaccional, descriptivo correlacional; la información fue obtenida mediante dos cuestionarios Estilos de afrontamiento – COPE y Escala de ideación suicida Beck – ISB. Se encontró que existe presencia de ideación suicida en los estudiantes, con una media de 9.11, lo que indica que los evaluados en promedio alguna vez han pensado en suicidarse, además se indicó que la mayoría de ellos utiliza el Estilo de Afrontamiento centrado en el problema, lo cual indica que los evaluados modifican las circunstancias problemáticas mediante la cognición.

Palabras Clave: Ideación suicida, afrontamiento, suicidio, arte, música.

ABSTRACT

Music plays a fundamental role due to its global influence on all people, as it is one of the stimuli to which people are most exposed in their work, on the street and in the media. Creating music is intimately linked with mental activity, reaching to manifest itself in different emotions, interpersonal relationships and personality traits. That is why this research aims to determine the relationship between coping styles and suicidal ideation in the students of the Professional School of Arts of the specialty of Music of the National University of San Agustín. The sample was constituted by 110 students of the Specialty of music, whose ages oscillate between 16 and 24 years, where 33.6% were women and 66.4% were men. A transactional, descriptive, correlational design was used; the information was obtained through two questionnaires Coping styles - COPE and Beck suicide ideation scale - ISB. It was found that there is a presence of suicidal ideation in students, with an average of 9.11, which indicates that those evaluated on average have ever thought about suicide, and it was indicated that most of them use the Coping Style centered on the problem, which indicates that the evaluated ones modify the problematic circumstances through cognition.

Keywords: Suicidal ideation, coping, suicide, art, music.

INDICE

PRESENTACIÓN.....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	5
PROBLEMA DE ESTUDIO	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	5
2. OBJETIVOS	9
3. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	9
4. LIMITACIONES	11
5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	12
6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	13
CAPITULO II.....	14
REVISIÓN DE LA LITERATURA	14
1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	14
2. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....	16
2.1.DEFINICION DE AFRONTAMIENTO.....	16
2.1.1.AFRONTAMIENTO INSTRUMENTAL.....	17
2.1.2.AFRONTAMIENTO PALIATIVO.....	17
2.2.TIPOS DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	18
2.2.1.SEGÚN LAZARUS Y FOLKMAN	19
2.2.2.CENTRADO EN EL PROBLEMA.....	19
2.2.3.SEGÚN CARVER.....	21
a. Afrontamiento Activo	21
b. Planificación.....	21
c. La supresión de actividades competentes	22

d. La postergación de afrontamiento	22
e. La búsqueda de apoyo social por razones instrumentales.....	22
a. Búsqueda de Apoyo social por razones emocionales	22
b. Reinterpretación positiva y crecimiento.....	22
c. Aceptación.....	23
d. Negación	23
e. Apoyo en la religión.....	23
a. Enfocar y liberar emociones.....	24
b. Desentendimiento conductual	24
c. Desentendimiento mental.....	24
3. IDEACIÓN SUICIDA	28
3.1.DEFINICION DE IDEACIÓN SUICIDA.....	28
3.2.ETIOLOGÍA DE LA IDEACIÓN SUICIDA.....	30
3.2.1.SUICIDIO EGOÍSTA.....	31
3.2.2.SUICIDIO ALTRUISTA.....	31
3.2.3.SUICIDIO ANÓMICO	31
3.2.4.SUICIDIO FATALISTA	31
3.3.PREVALENCIA DE LA IDEACIÓN SUICIDA	32
3.4.PREVALENCIA DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERÚ	34
3.5.IDEACIÓN SUICIDA Y FACTORES PSICOLÓGICOS	35
3.5.1.IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESIÓN	36
3.5.2.DEACIÓN SUICIDA Y AUTOESTIMA	37
3.5.3.IDEACIÓN SUICIDA Y CONSUMO DE DROGAS	39
3.5.4.IDEACIÓN SUICIDA Y DESÓRDENES ALIMENTICIOS	40
3.5.5.IDEACIÓN SUICIDA Y OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA	41
4. PSICOLOGÍA Y MÚSICA	41
4.1.LOS MÚSICOS EN LA PSICOLOGÍA.....	42

4.2.EMOCIONES Y MÚSICA.....	44
4.3.EXPRESIÓN CORPORAL Y MÚSICA.....	46
4.4.EL ARTE DE LA MÚSICA COMO TERAPIA	46
CAPITULO III.....	50
METODOLOGIA.....	50
1. TIPO DE INVESTIGACION Y DISEÑO.....	50
1.1.TIPO.....	50
1.2.DISEÑO.....	50
1.3.POBLACION.....	51
1.4.INSTRUMENTOS.....	53
1.4.1.ESTILOS DE AFRONTAMIENTO -COPE	53
1.4.2.ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK – ISB.....	54
1.5.PROCEDIMIENTO	55
CAPITULO IV	57
RESULTADOS	57
DISCUSION	68
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES.....	74
REFERENCIAS.....	75
ANEXOS	83

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1: Frecuencia y porcentaje de la población.....	52
TABLA N° 2: Presencia de la ideación suicida en los estudiantes de la especialidad de música.....	58
TABLA N° 3: Frecuencia y porcentaje de los estilos de afrontamiento.....	59
TABLA N° 4: Correlación entre los estilos de afrontamiento y la ideación suicida.....	60
TABLA N° 5: Relación entre el sexo de los estudiantes con los estilos de afrontamiento	61
TABLA N° 6: Relación entre el año de estudios con el uso de los estilos de afrontamiento.....	63
TABLA N° 7: Relación entre ideacion suicida y sexo.....	65
TABLA N° 8: Relación entre edad e ideacion suicida.....	66
TABLA N° 9: Relación entre edad y estilos de afrontamiento.....	67

INTRODUCCIÓN

Para comprender la fuerza emocional que la música ejerce sobre las personas, tanto en edad adulta como durante la niñez y adolescencia, es conveniente que clarifiquemos el concepto de la disciplina que se ocupa de este campo de conocimiento. Si bien es cierto que la Psicología es la ciencia que se ocupa del estudio de la conducta, hemos de considerar que la conducta humana es muy amplia y diversa. Así tenemos que en sus distintas especialidades se refiere a aspectos muy diversos centrando el objeto de su estudio en campos tan heterogéneos como la Psicología Social, Psicología Clínica, etc. (Patel, 2003).

La música es el lenguaje universal, inspira y evoca emociones profundas, se utiliza para alcanzar estados psicológicos concretos, teniendo el potencial de modificar o gestionar un comportamiento. De esta manera vivimos inmersos en la música y establecemos contacto con ella de muchas maneras, por muchos motivos la música está presente en todo lo que nos rodea, desde el rítmico latido de nuestro corazón hasta los compases melódicos más intrincados de una sinfonía clásica. De esta forma la música nos ayuda a definir nuestra propia identidad y a

gestionar y desarrollar nuestras relaciones interpersonales. Son muchos los ejemplos que demuestran que tendemos a congeniar mejor con personas o grupos de personas que se decantan por un tipo de música en concreto que con otras que no comparten esos gustos musicales (Tarrantet, 2002).

La creatividad emocional a través de la música alcanza su máximo esplendor en una etapa vital, cuando la persona empieza a interactuar conscientemente, bien con su estructura (es decir, componiendo música), o bien con sus herramientas de interpretación (tocando un instrumento musical). Ahí es cuando empezamos a darnos cuenta de que crear música trasciende con creces la mera actividad mental. En sus múltiples manifestaciones en la enseñanza, interpretación, composición y aprendizaje, la música conecta emocionalmente la mente y el cerebro (y viceversa) con un vínculo muy sólido, llegando a desenmascarar los efectos biológicos de emociones comunes a todos los seres humanos (Grewe, Nagel, Kopiez y Altenmuller, 2007).

En relación a la utilización de los estilos de afrontamiento cada sujeto tiende a utilizar los que domina, ya sea por aprendizaje previo o por hallazgo. Estas estrategias estarían fuertemente condicionadas por la percepción que se haga de la situación (evaluación primaria) y de los recursos personales con que se cuenta para hacerle frente fortuito (Tornecilla, 2008).

Con esta investigación buscamos precisar si existe relación entre los estilos de afrontamiento y la ideación suicida en los estudiantes de la especialidad de Música, ya que uno de los rasgos de la personalidad de la población es su sensibilidad por el mundo externo, la interiorización de situaciones adversas y el manejo de sus emociones. Autores como (Jamison, 2003 y Andreasen, 2008) publicaron estudios en los que sugieren una asociación entre trastornos afectivos y creatividad; en ellos encontraron elevadas prevalencias de depresión, hipomanía, ciclotimia e ideación suicida, en muestras de individuos creativos reconocidos.

Se seleccionó el arte musical, debido a su influencia a nivel global en todas las personas, es casi uno de los estímulos a los que la gente se ve más expuesta, en el trabajo, en la calle y en los medios de comunicación. Al ser un medio de expresión se plantea la influencia de la música en conductas agresivas, estudiantes (no de música) agresivos por la música que escuchan, la cual genera pensamientos, sentimientos exteriorizados en conductas agresivas (Lacárcel, 2003). Sin embargo no se plantea el medir qué problemas existen dentro de aquellos que estudian música y tienen un contacto directo con ella.

La presente investigación se divide en cuatro capítulos: En el primer capítulo se elabora el problema de estudio, el cual contiene aspecto como: el planteamiento del problema, objetivos, importancia, limitaciones del estudio y las categorías.

En el segundo capítulo presenta el marco teórico, señalándose las definiciones conceptuales y las bases teóricas desde los conocimientos de (Lazarus y Folkman, 1989) con respecto al estudio del afrontamiento y sus estilos. Luego abordamos el concepto de ideación suicida como la primera pieza de suicidio. Es un constructo de múltiples factores, enmarañado e intercomunicado en el que participan factores biopsicosociales basados en la teoría cognitiva de Beck.

El tercer capítulo comprende la metodología, aquí se muestra el tipo, el diseño metodológico y los instrumentos utilizados para recolectar la información. En el cuarto capítulo se muestran los resultados obtenidos, se organiza la información de tal manera que primero se expondrán los resultados que presenta la relación entre las dos variables medulares de la investigación, dado que son variables categóricas.

El cuarto capítulo corresponde a los resultados. Luego de procesar la información y obtener los resultados, en este apartado discutiremos los mismos, en función a los hallazgos de otros autores y a la teoría que sustenta las bases de las variables estudiadas

Finalmente presentamos nuestras conclusiones y recomendaciones, en la última parte se incluyen las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La mayoría de músicos elige una carrera musical motivados por la gratificación de estudiar lo que les gusta, por el deseo de ampliar sus conocimientos musicales y poder ejercer su profesión como principal actividad laboral (Tripiana, 2010). En muchos casos es la continuación del entrenamiento musical iniciado a muy temprana edad (Catalán, 2013; Fehm y Schmidt, 2006). Estudiar una carrera musical profesionalmente requiere desarrollar una motivación intrínseca, puesto que dentro del ambiente musical existe una serie de demandas.

A las demandas académicas del ambiente musical, también se suma las demandas personales, emocionales y sociales que incluye ajustarse a la vida universitaria (Rahat y Ilhan, 2016). Por ende, los estudiantes podrían estar expuestos a factores de riesgo en diferentes ámbitos como el individual, familiar y ambiental. En consecuencia, estudiar música puede ser

agotador tanto mental como físicamente. Por ello, deben aprender a enfrentar situaciones adversas desde los inicios de su formación, puesto que la dificultad en la adaptación a dichas presiones puede contribuir al desarrollo de depresión o ansiedad (Ballesteros, 2015; Demirbatir, 2012; Marinovic, 2006 y Sternbach, 2008).

Cabe recalcar en esta investigación que uno de los problemas de salud pública más importantes es el suicidio, lo que provoca alrededor de un millón de víctimas al año; además, se estima que en el 2020 las víctimas podrían ascender al millón y medio, lo cual indica que debemos prestar especial atención a los problemas que se suscitan en nuestra sociedad, sobre todo con los jóvenes quienes en América Latina pertenecen al 30% de la población siendo muy importante su participación para el progreso social, económico y político de cada país (OMS, 2012).

Es así pues, que la muerte es uno de los fenómenos individuales que mayor impacto genera en el núcleo de nuestra sociedad, la certeza de la ausencia y la radicalidad de ésta han movilizado diferentes acciones de la humanidad para hacer frente a dicha situación; según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es considerado la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años (OMS, 2014) y un problema de salud pública internacional (OMS, 2001), de hecho se estima que más de 800 000 personas se suicidan cada año y el 75 % de ellos se producen en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2014). La evidencia de ese crecimiento, en ese segmento poblacional, es preocupante si consideramos la posibilidad de los años que podrían ser vividos, con productividad y transformaciones, en la vida de esos jóvenes que están ingresando en el medio académico.

En Arequipa, la cantidad de suicidios ha ido en aumento, según cifras de la Red Arequipa Caylloma, en el presente año la incidencia de este tipo de mortalidad es preocupante. Se registran al menos 10 de estos casos al mes, donde el 60% son hombres, mientras que el

40% son mujeres. Entre los varones, la mayoría se encuentra entre los 18 y 39 años de edad; las mujeres optan por intentos mientras que los hombres buscan el suicidio efectivo. Otros métodos comunes que encontraron en su investigación son envenenamientos y ahorcamientos. Teniendo en cuenta esta información, es que es imperativo acudir al llamado de nuestra sociedad para prevenir este tipo de hechos que están ligados estrictamente a la salud mental. (MINSA, 2017).

Este hecho, de ocurrencia universal y en gran medida prevenible (Pelkonen, 2003), tiene en países subdesarrollados como el nuestro, importancia fundamental y constituye un problema de salud pública cuyo conocimiento y tratamiento deben ser del mayor interés, en particular en la etapa de la adolescencia y juventud, donde ocupa actualmente la segunda causa de muerte en la mayoría de países (Nock, 2008). En ese sentido, en años recientes hubo un incremento en las investigaciones sobre la prevalencia y los factores protectores y de riesgo asociados con el fenómeno suicida en estudiantes de música.

Desde una perspectiva psicológica clínica cognitivo-conductual, se han subrayado algunos factores que podrían determinar en los estudiantes de música la aparición y funcionamiento de la ideación y conducta suicida; las personas con ideación suicida mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como un estilo atribucional depresivo que establece una causa interna, estable y global sobre los eventos negativos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Este estilo cognitivo, asociado a un proceso emocional y comportamental disfuncional, puede reducir la percepción de soluciones disponibles y conducir a un estado de desesperanza, elevando así la probabilidad de suicidio. Concretamente, una de las hipótesis más consensuadas para explicar la ideación y la propia conducta suicida, considera necesaria la aparición de un suceso estresante generador de ciertas emociones como frustración o rechazo, el deseo de

escapar de la situación o de comunicar a otros sus problemas, esta secuencia de ideas, junto a la disponibilidad de medios para intentarlo o a modelos previos de tal conducta, lleva a sentimientos de indefensión que favorecen las conductas suicidas (De la Torre Martí, 2013).

En relación a la utilización de los estilos de afrontamiento, cada sujeto tiende a utilizar las estrategias de afrontamiento que domina, ya sea por aprendizaje previo o por hallazgo fortuito (Correché, Fantin y Florentino, 2005). Estas estrategias estarían fuertemente condicionadas por la percepción que se haga de la situación (evaluación primaria) y de los recursos personales con que se cuenta para hacerle frente (evaluación secundaria) (Gamez, 2006). A su vez, las estrategias de afrontamiento pueden resultar adaptativas, cuando reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, o inadaptativas cuando reducen el estrés sólo a corto plazo, provocando un efecto nocivo en la salud a largo plazo (Forns, Zanini, 2004). La adaptabilidad o inadaptabilidad de las estrategias de afrontamiento depende de la frecuencia con la que se utilicen (Correché, Fanti y Florentino, 2005).

Con esta investigación se busca precisar si existe una relación entre la ideación suicida y los estilos de afrontamiento en los estudiantes de música, ya que uno de los rasgos de la personalidad de la población es su sensibilidad por el mundo externo, la interiorización de situaciones adversas y el manejo de sus emociones. Autores como Jamison (2003) y Andreasen (2008) publicaron estudios en los que sugieren una asociación entre trastornos afectivos y creatividad; en ellos encontraron elevadas prevalencias de depresión, hipomanía y ciclotimia en muestra de individuos creativos

Siendo de esta manera que nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre los estilos de afrontamiento y la ideación suicida en los estudiantes de la Especialidad de Música de la Universidad Nacional de San Agustín?

2. OBJETIVOS

A. Objetivo General:

Determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y la ideación suicida en los estudiantes de la Especialidad de Música de la Universidad nacional de San Agustín.

B. Objetivos Específicos:

- a) Identificar el estilo de afrontamiento que utilizan los estudiantes de la Especialidad de Música, quienes manifiestan ideación suicida.
- b) Evaluar la presencia de ideación suicida en los estudiantes de la Especialidad de Música de la Universidad Nacional de San Agustín.
- c) Relacionar el sexo, edad y año de estudios con los estilos de afrontamiento e ideación suicida con los estudiantes de la Especialidad de música en la universidad Nacional de san Agustín

3. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

En el terreno de la investigación, la ideación suicida ha sido estudiada por diversos autores en diferentes países, sin embargo, poca información se ha generado con respecto a los estilos de afrontamiento asociados a los sujetos que manifiestan ideación suicida en los estudiantes de la especialidad de Música. A la fecha no se cuenta con programas o acciones preventivas para abordar este fenómeno social que afecta el desarrollo humano, en particular, la salud mental y/o emocional de sus habitantes; probablemente por tratarse de un fenómeno complejo y multifactorial.

Recientes investigaciones postulan que la creatividad, cimienta importante en los estudiantes con orientación artística, es una compleja estructura de la que forman parte componentes afectivos (Jamison, 2003) y cognoscitivos (Berembaum, 2005). La importancia del

componente afectivo ha sido asociada con el incremento de las tasas de bipolaridad en varios grupos de individuos creativos.

Las artes representan un papel fundamental en la vida del ser humano, sobre todo en lo que se refiere a los aspectos cognitivo-emocionales ligados a su creación. A lo largo de la historia se ha podido observar que ayudan en gran manera a expresar sentimientos, pensamientos y emociones (Abad, 2009).

Se seleccionó el arte musical, debido a su influencia a nivel global en todas las personas, es casi uno de los estímulos a los que la gente se ve más expuesta, en su trabajo, en la calle, en los medios de comunicación. Al ser un medio de expresión se plantea la influencia de la música en conductas agresivas, estudiantes (no de música) agresivos por la música que escuchan, la cual genera pensamientos, sentimientos exteriorizados en conductas agresivas (Lacárcel, 2003). Sin embargo no se plantea el medir qué problemas existen dentro de aquellos que estudian música y tienen un contacto directo con ella.

En relación a lo anterior resulta relevante conocer la presencia de ideación suicida y su relación con los estilos de afrontamiento en los estudiantes de la Especialidad de Música, con el fin de aportar elementos que permitan la aplicación de acciones de prevención en un grupo etario que se encuentra en alto riesgo.

Con esta investigación se busca precisar si existe una relación entre los estilos de afrontamiento y la ideación suicida en los estudiantes de la especialidad de Música, ya que uno de los rasgos de la personalidad de la población es su sensibilidad por el mundo externo, la interiorización de situaciones adversas y el manejo de sus emociones. Autores como Jamison en el 2003 y Andreasen en el 2008 publicaron estudios en los que sugieren una asociación entre trastornos afectivos y creatividad; en ellos encontraron elevadas prevalencias de depresión, hipomanía y ciclotimia en muestras de individuos creativos reconocidos.

Teniendo en cuenta la base teórica y fundamental que respalda nuestro proyecto, es de nuestra consideración que posee relevancia en nuestro medio, se dirige hacia los estudiantes de la Especialidad de Música haciendo una diferenciación entre otros proyectos. Esto permitirá realizar programas de prevención de mayor pertinencia ya que la red de apoyo es un elemento que ayuda a atenuar la ideación suicida y reducir las cifras de suicidio e intentos en jóvenes universitarios.

4. LIMITACIONES

En el desarrollo de la investigación se encontraron las siguientes limitaciones:

Los maestros de las aulas no nos brindaron las facilidades respectivas para la evaluación de los estudiantes de música en los días programados, debido a que tenían programaciones de exámenes, por ese motivo se tuvo que reprogramar y ampliar el cronograma de actividades, realizando las evaluaciones por un periodo mayor de tiempo

Existe la posibilidad de que los evaluados no hayan respondido honestamente la prueba de ideación suicida por ser un tema personal, por lo tanto, los resultados se verían afectados.

Otra de las limitaciones que encontramos dentro de la investigación fue que el instrumento Ideación suicida de Beck no cuenta con elementos de precisión que puedan hacer un análisis minucioso de los resultados en niveles.

5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

A. Estilos de Afrontamiento

Son procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 164).

B. Ideación Suicida

Se define como la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia. Pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal (De La Torre, 2013).

C. Arte

El arte es el concepto que engloba todas las creaciones realizadas por el ser humano para expresar una visión sensible acerca del mundo, ya sea real o imaginario. Mediante recursos plásticos, lingüísticos o sonoros, el arte permite expresar ideas, emociones, percepciones y sensaciones (Dueñas, Pérez y Tucto, 2016).

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES
Estilos de Afrontamiento	Estilo 1 Centrado en el Problema	Afrontamiento Activo
		Planificación
		Supresión de actividades competentes
		Postergación del afrontamiento
		Búsqueda de apoyo social
	Estilo 2 Centrado en la Emoción	Búsqueda de apoyo social
		Reinterpretación positiva y crecimiento
		Aceptación
		Negación
		Acudir a la religión
	Estilo 3 Centrado en la Evitación	Enfocar y liberar emociones
		Desentendimiento conductual
		Desentendimiento mental
Ideación Suicida		Características de las actitudes hacia la vida/muerte
		Características de los pensamientos o deseos suicidas
		Características de intento de suicidio
		Actualización del intento proyectado

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Un estudio realizado en la ciudad de Lima (Vento, 2017), pretendía encontrar la relación entre ansiedad rasgo-estado y las estrategias de afrontamiento en un grupo de estudiantes de música, en donde los resultados indicaron que la estrategia enfocar y liberar emociones correlacionó significativamente de manera directa y moderada con la ansiedad rasgo y estado. Mientras que las estrategias afrontamiento activo y planificación correlacionaron significativamente con la ansiedad rasgo y estado de manera inversa pero pequeña. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en ansiedad estado y según sexo y lugar de procedencia. Las mujeres así como los estudiantes migrantes presentaron mayores niveles de ansiedad estado. Respecto al afrontamiento, los hombres reportaron un mayor uso de las estrategias supresión de actividades en competencia y uso del humor.

La aplicación de los estilos de afrontamiento son diversos en nuestra sociedad, por lo cual, un estudio realizado en la Universidad de Tarapacá (2010) cuyo objetivo principal fue describir y analizar las estrategias de afrontamiento que presentan estudiantes universitarios, en esa investigación se encontraron diferencias significativas entre los tipos de Establecimiento Educacional, siendo el Establecimiento Educacional Subvencionado el que evidenció mayor cantidad de estrategias de afrontamiento utilizadas. (Veloso, Caqueo, Muñoz y Villegas, 2005)

Un estudio en Bogotá pretendió determinar la relación entre desesperanza, soledad y grado de salud familiar en universitarios, con y sin ideación suicida, para profundizar en el conocimiento del fenómeno desde la perspectiva psicológica y plantear opciones de promoción y prevención, en la investigación realizada por (Carvajal y Caro 2009), en donde se obtuvo que entre los universitarios investigados el 20% de la muestra informó presencia de pensamientos o deseos suicidas de variada intensidad. Todas las variables estudiadas influyen en la presencia de ideación suicida en los estudiantes a excepción de edad, estrato socioeconómico, localidad y tipo de universidad. Sin embargo a partir de la construcción de modelos de regresión logística se observó que las variables que mejor explican la presencia de ideación suicida son: antecedentes de intento de suicidio, baja autoestima, depresión y pertenecer a una familia poco saludable.

En cuanto a Europa, se realizó una investigación en España (2013) en donde los universitarios presentaban unas elevadas tasas de ideación suicida asociadas a menudo con diversos factores psicosociales. El objetivo fue evaluar si algunas de estas variables psicosociales están relacionadas con la alta prevalencia de ideación suicida en una Universidad Española. Los resultados mostraron que los estudiantes más propensos a presentar ideación suicida son menos optimistas, presentan menos habilidades sociales y un menor apoyo social percibido (Sánchez, García y Muela, 2013).

En nuestra Universidad, se llevó a cabo una investigación en el año 2017 la cual tenía como objetivo principal identificar la prevalencia de ideación e intento suicida y describir los trastornos clínicos de personalidad en los estudiantes de Psicología. En donde los resultados muestran que la prevalencia de ideación suicida en los alumnos de psicología es del 5,6% y el 13,8% son sujetos que han cometido intento suicida; los perfiles de personalidad en quienes manifiestan categoría suicidio son las escalas clínicas de depresión y manía; así también, encontramos que el sexo masculino refleja mayores características de rasgos límites y trastornos de ansiedad relacionados a diferencia del sexo femenino que manifiesta rasgos antisociales y problemas con el alcohol (Lujan, 2017).

2. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

2.1. DEFINICION DE AFRONTAMIENTO

Afrontamiento es la acción de afrontar, es decir hacer frente a un enemigo, peligro, responsabilidad, un agente o acontecimiento estresante (Moliner, 1998). La función del afrontamiento está orientada a permitir la adaptación del individuo a los cambios experimentados por él en su ambiente de manera que logre dar la respuesta más adecuada.

Lazarus y Folkman (1986) definen afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas internas y/o externas que son evaluadas como impositivas o que exceden los recursos de las persona. Existen dos funciones principales de afrontamiento que han sido observadas por George,1990, afrontamiento instrumental y afrontamiento paliativo. Las cuales fueron propuestas por (Lazarus y Folkman, 1986)

2.1.1. AFRONTAMIENTO INSTRUMENTAL

Está dirigido a enfrentar la situación estresante, va dirigido al problema, lo que se traduce en acciones tales como circunscribir y definir el problema, búsqueda de información, considerar alternativas, elección de la solución, exploración de recursos, etc.

2.1.2. AFRONTAMIENTO PALIATIVO

Está dirigido a regular la respuesta emocional del sujeto y se encarga de reducir el grado de trastorno emocional, tal como pensamiento positivo, negación, evitación, percepción selectiva, distanciamiento, minimización, evasión y extracción de valores positivos de acontecimiento negativos, entre otros.

Fernández, Abascal y Palmero (Choliz y Martinez, 1997) conceptualizan el afrontamiento como un proceso que realiza el individuo para hacer frente a las situaciones estresantes. Mencionan además que si el sujeto encuentra resultados positivos en su proceso de afrontamiento al problema repetirá este comportamiento ante situaciones semejantes. Por otra parte, si no consigue el éxito esperado utilizará otra estrategia.

El afrontamiento actúa como regulador de la perturbación emocional. Si es efectivo no se presentara dicho malestar, en caso contrario podría verse afectada la salud en forma negativa y por consecuencia aumentara el riesgo de mortalidad y morbilidad en el individuo (Cassaretto, 2003). El afrontamiento influye en la intensidad y duración de las reacciones neuroquímicas del estrés y en las condiciones ambientales nocivas, por tanto, aumenta el potencial patógeno de la situación estresante (Lazarus y Folkman, 1986).

Casullo y Fernández (2001) entienden el afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos, acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan. Este proceso funciona en los casos en que los intercambios individuo y entorno se desequilibran y cobra sentido la valoración que la persona hace de la situación estresante. El significado que le otorga a la situación es explicable,

a partir de la historia de vida, las relaciones actuales, la posición social, la percepción realista o no de su capacidad de afrontar los acontecimientos y desde su grado de tolerancia al estrés. El sujeto utiliza en el afrontamiento esfuerzos cognitivos y conductuales para hacer frente al estrés y al estado emocional desagradable vinculado al mismo.

El afrontamiento es definido por Everly, 1989 como “un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales”. En la misma línea, (Frydenberg y Lewis, 1996) definen al afrontamiento como “las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas”.

2.2 TIPOS DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Son los esfuerzos realizados por las personas para “manejar, dominar, tolerar, reducir y minimizar las demandas ambientales y los conflictos que exceden los recursos del sujeto (Lazarus y Laumier, 1978).

Los estilos de afrontamiento son “aquellos esfuerzos cognitivos conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986). Es decir, el afrontamiento es el esfuerzo tanto cognitivo como comportamental del individuo por adaptarse o asimilar una situación estresante y se presenta en el momento en que el sujeto debe responder a las demandas hechas por el contexto.

Distintos autores definen los estilos de afrontamiento, al respecto (Carver, 1989) los determina como “la respuesta o conjunto de respuestas a eventos externos estresantes o depresivos que la persona elabora en forma abierta o encubierta”.

Alarcón (2006) manifiesta que son respuestas cognitivas y comportamentales de las personas, comprendiendo la notación (el significado personal del problema para el individuo) y las reacciones más intensas (lo que el individuo piensa y hace para reducir el impacto de la amenaza).

Según Girdano y Everly, 1986 “cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina o por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. Los estilos de afrontamiento pueden ser adaptativos, donde las adaptativas reducen al estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero sirven para erosionar la salud a largo plazo”

2.2.1. SEGÚN LAZARUS Y FOLKMAN

Lazarus y Folkman (1984) plantearon dos estilos de afrontamiento, centrado en el problema y el segundo centrado en las emociones.

2.2.2. CENTRADO EN EL PROBLEMA

El afrontamiento tiene como función la resolución de problemas, lo cual implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias problemáticas, o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales.

Por otro lado son los esfuerzos que se dirigen a modificar la situación y a disminuir la cognición de amenaza. Las estrategias que se utilicen para modificar el problema también van a tener un efecto en la interioridad del sujeto, por lo tanto, trabaja tanto en la redefinición y solución del problema como también para la reevaluación que hace el sujeto de ese problema, logrando así un mejoramiento de la situación”.

En este caso, la persona busca cambiar esta situación alejando o disminuyendo el impacto de la amenaza y para llevar a cabo este proceso hace uso de los recursos que ya tiene, como los recursos físicos (salud, energía).

Estas estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de este, como ellas generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas con base en su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación.

Sin embargo, el afrontamiento dirigido al problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que en el afrontamiento dirigido a la resolución del problema se incluyen las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto.

A su vez las estrategias centradas en el problema se dividen en:

1. ***Afrontamiento Activo:*** Se refiere a todos los pasos activos para tratar de cambiar las situaciones o aminorar sus efectos. Incluye iniciar acción directa incrementando los esfuerzos personales.
2. ***Afrontamiento Demorado:*** Se considera como una respuesta necesaria y funcional, dirigida a buscar la oportunidad apropiada para actuar de forma no prematura (Lazarus y Folkman, 1986).

2.2.2.1. CENTRADO EN LA EMOCION

Son los esfuerzos que se dirigen a centrarse en el malestar experimentando ante la situación y en la comunicación de esas emociones y de la propia situación estresante a otra persona. Dentro de este modo de afrontar se habla de un proceso cognitivo que se encarga de disminuir el trastorno emocional a través de estrategias como la aceptación, negación, minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas, así como un intento por manipular el problema”.

Tienen como función la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante. En términos generales, estos objetivos se pueden conseguir evitando la situación estresante,

revaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno (Lazarus y Folkman 1986).

El sujeto al realizar una evaluación de la situación se da cuenta que no puede hacer nada para cambiarla y entonces centra su atención en disminuir el malestar manejando sus emociones.

De tal manera que las formas de afrontamientos dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación en donde no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesionantes, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

2.2.3. SEGÚN CARVER

Carver (1989) incrementa un estilo más a la teoría propuesta por Lazarus y Folkman (1986) denominado Enfocado a otros estilos de afrontamiento. Estos tres son:

2.2.3.1. ESTILO DE AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA

Se manifiesta cuando el sujeto busca modificar la relación existente disminuyendo la cognición de la amenaza. Comprende estrategias como:

a. Afrontamiento Activo

Proceso para ejecutar acciones directas, incrementando los esfuerzos con el fin de apartar o evitar el estresor o aminorar sus efectos negativos.

b. Planificación

Lo que implica pensar en cómo manejarse frente al estresor organizando estrategias de acción, pensando que paso tomar y estableciendo cual será la mejor forma de manejar el problema.

c. La supresión de actividades competentes

Se refiere a dejar de lado o incluso dejar pasar otros proyectos o actividades evitando ser distraído, con la finalidad de poder evitar el estresor.

d. La postergación de afrontamiento

Consiste en esperar la oportunidad apropiada para actuar sobre el problema, evitando hacer algo prematuramente.

e. La búsqueda de apoyo social por razones instrumentales

Consiste en buscar en los demás algún consejo, asistencia e información con el fin de solucionar el problema

2.2.3.2. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCION

Se dirige a la expresión de las emociones desencadenantes por la fuente estresante. Comprende estrategias como:

a. Búsqueda de Apoyo social por razones emocionales

Se centra en la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión. La aceptación de la respuesta funcional de afrontamiento, ocurre cuando en la primera aproximación, la persona tiene a aceptar la realidad de la situación estresante e intenta afrontar o tratar la situación.

b. Reinterpretación positiva y crecimiento

Su objetivo es manejar especialmente el estrés emocional en vez de tratar con el estresor, mediante esta interpretación se puede construir una transacción menos estresante en términos de que debería llevar a la persona a intentar acciones de afrontamiento más centradas en el problema

Por otro lado evalúa el problema de manera positiva, otorgándole connotaciones favorables a la experiencia en sí misma y en otros casos asumiéndola como un aprendizaje para el futuro.

c. Aceptación

Engloba dos aspectos durante el proceso de afrontamiento. El primero se realiza durante la fase de evaluación primaria, cuando la persona acepta que la situación estresante realmente existe y el segundo tiene lugar durante la evaluación secundaria y consiste en aceptar la realidad como un hecho con el que se tendrá que convivir y que no se podrá modificar.

d. Negación

Implica ignorar el estresor puede en ocasiones reducir el estrés y favorecer el afrontamiento y ser útil en un periodo de transición, sin embargo, si se mantiene puede impedir una aproximación activa.

e. Apoyo en la religión

Es visto como una estrategia al servir como apoyo emocional para muchas personas lo que facilita el logro posterior de una reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento.

De tal manera que en un estudio denominado afrontamiento religioso y ajuste psicológico para el estrés, encontró que personas que buscan apoyo espiritual, realizan obras de beneficencia y se integran a grupos de crecimiento espiritual, disminuyen la tensión causada por los diferentes estresores y aumentan su autoestima, además se adaptan de manera más adecuada a las circunstancias.

De otra parte en un estudio acerca de los significados se encontró que la religión fue definida por las personas entrevistadas como otra dimensión desde donde se construye sentido de vida, se identificó como un aspecto humano que atraviesa la vida de todas las personas, otorgándole un carácter divino.

La confianza y la fe en un ser supremo es fuente de esperanza ya que, partiendo de una doctrina basada en el amor, se cree fielmente en que nunca, a pesar de los hechos, estarán desprotegidos (Sacipa, 2003).

2.2.3.3. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO CENTRADO EN OTROS ESTILOS

a. Enfocar y liberar emociones

Consiste en focalizarse en las consecuencias emocionales desagradables que se experimenta, expresando abiertamente estas emociones.

b. Desentendimiento conductual

Consiste en la disminución del esfuerzo dirigido al estresor, dándose por vencido, sin intentar lograr las metas ya que el estresor está interfiriendo.

c. Desentendimiento mental

Implica que la persona permite que una amplia variedad de actividades la distraigan de su evaluación de la dimensión conductual del problema.

A su vez cada una de estas respuestas puede ser de carácter conductual o cognoscitivo dando lugar a la combinación de estos tres criterios, formando un total de ocho categorías de afrontamiento. Además se afirma que otra variable a tener en cuenta son las diferencias culturales, estas se consideran en gran medida como un factor determinante en el tipo de estrategia de afrontamiento que el individuo empleara.

Es de gran importancia resaltar la existencia de variables de variables que pueden influir en las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas en situaciones de estrés. Estas variables se denominan recursos para el afrontamiento, en los que se encuentran la salud y la energía, las técnicas para la resolución de problemas, las habilidades sociales, las condiciones personales y los recursos materiales (Lazarus y Folkman, 1986).

La salud y la energía se hallan entre los recursos más generalizados de los relevantes en el afrontamiento de muchas, si no de todas las situaciones estresantes. Una persona frágil,

enferma cansada o débil tiene menos energía que aportar al proceso de afrontamiento que otra saludable y robusta.

El importante papel desempeñado por el bienestar físico se hace particularmente relevante cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante (Lazarus y Folkman, 1986).

Verse a uno mismo positivamente puede considerarse también un importante recurso psicológico de afrontamiento. Una creencia general sobre locus de control interno produce mayor actividad y persistencia en el afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986).

Las técnicas para la resolución de problemas incluyen la habilidad para conseguir la información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado (Lazarus y Folkman, 1986).

Las habilidades sociales constituyen un importante recurso de afrontamiento debido al importante papel de la actividad social en la adaptación humana. Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva.

Este tipo de habilidades facilitan la resolución de los problemas coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y en general aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales.

El acompañamiento social hace que los jóvenes actúen de manera asertiva, lo que les permite que mejoren su autoeficacia y la retención de la información, tal como lo demuestra un estudio realizado acerca de la relación entre la autoeficacia, el afrontamiento y la retención en estudiantes (Elison, 2006).

Los recursos materiales se han convertido también en un factor apropiado para la activación de estilos de afrontamiento adecuados, simplemente el hecho de tener dinero,

incluso aunque no se use puede reducir la vulnerabilidad del individuo a la amenaza y de esta forma facilitar el afrontamiento efectivo.

Las condiciones personales hacen referencia a valores y circunstancias internalizadas que proscriben ciertas formas de acción y de sentimientos y los déficit psicológicos que son producto del desarrollo del individuo.

Los factores que restringen el afrontamiento del entorno pueden llamarse coactores y algunos se derivan de factores personales en tanto que dependen del entorno.

Hill (1999) concluyen que el entorno puede diferir en la naturaleza y la frecuencia de la amenaza presentada al individuo, así como el tipo de opciones disponibles para tratar las situaciones amenazantes. El entorno puede responder a los esfuerzos de afrontamiento del individuo de un modo tal que acabe anulando las estrategias.

El grado de amenaza que experimenta el individuo juega un papel importante en la determinación del afrontamiento. Aquí estamos en un círculo vicioso. El grado en que una persona se siente amenazada depende, en parte, de su evaluación de los recursos de que dispone frente a las demandas internas o externas de una situación determinada y, en parte, de las condiciones que limitan su aplicación.

Cuando el grado de estrés es alto, empiezan a predominar los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción, junto con una mayor frecuencia de conducta emocional o defensiva. Anderson concluye que la ansiedad asociada a grados de estrés conduce a la sobreutilización de mecanismos de afrontamiento emocional y defensivo y a una insuficiente atención a los dirigidos a la resolución del problema, dando todo ello como resultado una disminución en los niveles de rendimiento.

El control se refiere a los esfuerzos cognoscitivos o conductuales desarrollados para enfrentarse a una situación estresante, se considera el afrontamiento y control como sinónimos

y se distinguen de las creencias naturales y situaciones sobre el control que influyen sobre las evaluaciones cognitivas de amenaza y desafío.

En un estudio realizado acerca del estrés crónico y el control del trabajo se encontró que variables circunstanciales que tenían una asociación con tranquilizarse, eran la del afrontamiento centrado en el problema como la fuente de la reacción de tensión y el afrontamiento paliativo, el cual ejerce una influencia tranquilizante, este resultado también subraya la necesidad de evaluar el afrontamiento centrado en la emoción por lo que se refiere a los esfuerzos por manejar las emociones de cada persona como se hace a menudo (Elfering y cols., 2005).

La forma como las personas intentan manejar las situaciones problemáticas ha suscitado el interés de múltiples investigaciones, desde la psicología. Un término utilizado últimamente para describir la compleja gama de acciones que despliega una persona en el intento de controlar una situación, es el referido a afrontamiento

Existen diferentes estilos de afrontamiento de acuerdo con (Lazarus y Folkman, 1984), el afrontamiento se refiere a aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Estas estrategias se agrupan en dos grandes tipos, uno centrado en el problema, cuya función es la resolución de problemas, lo cual implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de circunstancias problemáticas o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales y el otro centrado en las emociones, el cual tiene como función la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante.

3. IDEACIÓN SUICIDA

3.1. DEFINICION DE IDEACIÓN SUICIDA

Según Eguiluz, 1995, la ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. Por otro lado (Jiménez, González y Forteza, 2003) han definido el suicidio como un proceso que comienza con la idea de suicidarse y pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte autoinfringida.

No obstante (Sarró, 1991) indica que el suicidio a lo largo de la historia se asociaba, por lo general, a un personaje célebre o se integraba a una acción histórica importante. En la antigüedad era valorado como resultado de los sistemas religiosos y filosóficos, aunque también dependía de las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales de cada país.

Así que antes de definir la ideación suicida, es importante mencionar, que uno de los principales problemas que se presenta al estudiar dicho fenómeno, es precisamente su propia definición. (Shneidman, 1973, citado en Villardón, 1993), menciona algunas de las dificultades que presenta el concepto “suicida”. La primera se relaciona con el hecho de que la palabra “suicida”, se aplica a diferentes categorías de conducta; ya que se nombra suicida a la persona que ha intentado, ha pensado y ha cometido el suicidio.

La segunda dificultad que se presenta, se encuentra relacionada con el aspecto temporal, debido a que se califica como “suicida”, tanto a la persona que en el pasado intentó una conducta suicida, como a la persona que en el presente lo lleva a cabo. Por último, se encuentra la idea de propósito, ya que la intención es un factor clave, el cual se debe tener en cuenta para definir un acto como “suicida” (Shneidman, 1973, citado en Villardón, 1993).

Diversos estudios han desarrollado el concepto de que la ideación suicida, podría definirse como las primeras manifestaciones conductuales del suicidio que van desde expresiones que denotan una dificultad para vivir como “no vale la pena vivir”, hasta manifestaciones que se acompañan de intención de morir o de un plan suicida. Es decir, en una concepción de campo interactivo, la ideación suicida es considerada como un evento prístino y no como un evento mediador de procesos causales de naturaleza interna (psíquicos o cognitivos). En otras palabras, la ideación suicida, no es una entidad diferente a la conducta suicida que pueda ser considerada como factor asociado o de riesgo. Al contemplar la ideación suicida como el comportamiento inicial del continuo denominado suicidio, se resalta la relevancia del estudio de esta pandemia en esta primera etapa, pues los resultados de la investigación proporcionarían la base para la implementación de estrategias de prevención del suicidio (Kantor, 1971).

Se debe hacer particular diferenciación entre lo que se entiende como ideas suicidas y el acto suicida propiamente dicho, ya que éste último tiene como resultado final la eliminación de su propia vida, mientras que las ideas hacen referencia a una tentativa de autolesión o autoeliminación intencionada sin resultado de muerte.

Según De la Torre Marti, existen diversas causas de ideación suicida, ya que es un fenómeno multi determinado. Desde una perspectiva cognitiva-conductual, destacan algunos factores que podrían tener mayor influencia sobre las ideas y conducta suicida. (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983) explican que la una persona puede expresar cierta tendencia al suicidio en conductas manifiestas: “el sigilo, una decisión súbita de cumplir un deseo y en las expresiones verbales. El suicida puede decir por ejemplo: “no deseo seguir viviendo” o “quiero terminar con todo”. Otras expresiones que pueden indicar ideas de suicidio son “no voy a aguantar mucho más”, “soy una carga para todo el mundo”, “las cosas no van a mejorar nunca”,

“toda mi vida he sido inútil, etc”. En ocasiones, la expresión de los deseos de suicidio es indirecta y sólo puede comprenderse retrospectivamente” (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

De acuerdo a De la Torre Marti (2013), nos dice que una hipótesis fundamental a la hora de explicar las ideas suicidas, es que aparezca un suceso estresante que haga desencadenar ciertas emociones (generalmente de frustración/rechazo), la sensación de querer desaparecer de alguna situación que se le presenta como imposible ante las posibilidades que piensa el sujeto tener en algún momento, junto a la idea de que no es posible encontrar una solución a sus problemas, y finalmente, la falta de recursos para aliviar la crisis (por ejemplo, apoyo social).

Además, es fundamental a la hora de detectar el riesgo suicida, evaluar los factores de riesgo del individuo y tener en cuenta que cuanto mayor sea el número de factores en una misma persona, mayor será la probabilidad de que se presente una ideación o una conducta suicida; así mismo, que no se encuentren presentes no significa que una persona no pueda llevar a cabo alguno de estos comportamientos (De La Torre Marti, 2003).

3.2. ETIOLOGÍA DE LA IDEACIÓN SUICIDA

Las causas de la ideación suicida son múltiples, diversas y dependen de la perspectiva de análisis de que se parta (cultural, social, psicológico y biológico, entre otros). Todas estas perspectivas merecen especial consideración por separado a la hora de analizar los factores que influyen en el proceso de generación de ideación suicida.

La conducta suicida en sí no es una patología, sino que puede estar inscrita en una serie de enfermedades emocionales, siendo la principal el Trastorno depresivo, y por lo tanto no responde a una sola etiología. Pese a lo longeva que ha sido la teoría de Durkheim (1998), sus postulados siguen siendo vigentes en el estudio del suicidio, y se subdivide en:

3.2.1. SUICIDIO EGOÍSTA

En este tipo de suicidio, la persona se caracteriza por una excesiva individualidad, lo que origina un debilitamiento de control social y por lo tanto se reduce a la inmunidad hacia el suicidio. La principal causa de este suicidio es que el individuo presenta falta de interés por las estructuras sociales, por lo cual hay poca adherencia a ellas. Para ejemplificar esto (Durkheim, 1998) cita un estudio en el que se demuestra que los solteros se suicidan más que los casados.

3.2.2. SUICIDIO ALTRUISTA

Este tipo de suicida puede verse como contrario al egoísta ya que la influencia de la sociedad es muy estrecha y, a su vez, la persona tiene poco individualismo. En estos casos el yo no sé pertenece, y se confunde con otra cosa que no es. Dependiendo del tipo de control que ejerza la sociedad, existen diferentes tipos de suicidios altruista: obligatorio, la conducta del individuo esta fuera de él y se ubica en uno de los grupos de los que forman parte, facultativo, cuando no hay apego a la vida, y agudo, que tiene como modelo el suicidio místico (Durkheim, 1998)

3.2.3. SUICIDIO ANÓMICO

Hace referencia a quienes tienen alterada su integración social y no pueden seguir las normas de conducta habituales. La anomia explica por qué un cambio drástico en su situación económica hace que la gente sea más vulnerable de lo que era antes. En la teoría de Durkheim también se considera anomia la inestabilidad social y la desintegración de los valores de la sociedad (Lavado, 2009).

3.2.4. SUICIDIO FATALISTA

Este tipo de suicidio aparece como contrario al anónimo, ya que en este caso hay una excesiva reglamentación por parte de la sociedad hacia el individuo, lo que provoca que el individuo vea un futuro con opciones muy limitadas (Durkheim, 1998).

3.3. PREVALENCIA DE LA IDEACIÓN SUICIDA

Los datos de suicidio entre los jóvenes son muy preocupantes, entre los 15 y 24 años se establece entre la segunda y tercera causa de muerte, igual para ambos sexos. Las tasas de suicidio, aunque varían considerablemente entre países, han aumentado aproximadamente en un 60% en los últimos 50 años. El problema es de una gran magnitud si se tiene en cuenta que por cada suicidio consumado existen al menos 20 intentos. Según la (World Health Organization, 2012) el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte, lo que supone que al año mueren en el mundo alrededor de un millón de personas y 1,8% del total de fallecimientos son por este motivo

Los resultados epidemiológicos sobre tentativas de suicidio son alarmantes, la OMS estima que su frecuencia es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas, se señala de un 3 al 5 %. En el grupo de edad de 15-34 años se registran el mayor número de intentos de suicidio.

Se estima que se realizan unos 10-50 intentos de suicidio por 1 suicidio consumado. La proporción varía con la edad, en los grupos mayores de 65 años, la proporción se estima de 1-4 intentos por cada suicidio; y en las poblaciones jóvenes, entre 30-200 por cada suicidio, en la población con antecedentes de tentativa de suicidio.

La ideación suicida es frecuente y se estima una incidencia anual de un 2-5 % y una prevalencia de un 15 % en el curso de la vida en la población en general. En el curso de la vida una de cada tres personas puede presentar ideas de suicidio, y éstas son más frecuentes en ciertas etapas del desarrollo (Barrachina Gascon, 2010).

La Organización Mundial de la Salud pronostica un incremento progresivo del número de suicidios, el cual se aproximaría al millón de muertes en el año 2020. Los países industrializados tienden a presentar tasas de suicidio más altas en los extremos de la vida, por

estas razones, la medición del riesgo suicida y la identificación de las personas en riesgo de cometer un intento suicida son tareas prioritarias. Desdichadamente, hasta la fecha no existen modelos ni herramientas clínicas que permitan predecir tales conductas con exactitud (WHO, 2014).

El suicidio es un proceso dinámico en que las anteriores conductas suelen darse en forma progresiva, de tal manera que la ideación suicida es una condición necesaria para desplegar acciones suicidas (Maris, 1991). Sin embargo, la predicción de quiénes progresarán a un suicidio consumado es difícil de hacer. Se ha propuesto que la accidentalidad, determinados estilos de comportamiento frente a la enfermedad o la participación repetida en situaciones peligrosas, como algunos deportes de alto riesgo, también deberían ser incluidos dentro de las conductas suicidas. En todos los casos de conductas suicidas el estudio de factores de riesgo debe considerar la naturaleza multifactorial de dicho fenómeno (Hirshfeld y Rusell, 1997).

En la literatura se han descrito diversos factores de riesgo relacionados con las conductas suicidas. En relación con el género se ha observado que las mujeres presentan tasas más altas de conductas e ideación suicida que los hombres: sin embargo las tasas de mortalidad generadas por dichas conductas son mayores en hombres en una relación de 4:1 (Simpson y Jamison, 1999).

Existen dos modas de incidencia en relación con la edad, describiéndose el primer pico en la población que se encuentra entre los 15 y 24 años de edad y el segundo en aquellas personas que se encuentran por encima de los 65 años (Hirshfeld y Rusell, 1997). La presencia de aislamiento social, una pobre red de apoyo y los eventos de vida negativos también deben ser tenidos en cuenta al momento de evaluar el riesgo (Goldstein, Black, Nasrallah y Winokur, 1991). De igual forma el riesgo es mayor en individuos separados o solteros.

La presencia de patología psiquiátrica es uno de los factores que más fuertemente se asocia con las conductas suicidas: alrededor del 95 % de los suicidios consumados se presentan en individuos con un trastorno mental de base (Hirshfeld y Rusell, 1997) y cerca del 15 % de los pacientes deprimidos mueren por suicidio (Jacobs, 1999). También se han relacionado con suicidio el consumo de sustancias, principalmente alcohol, la esquizofrenia y algunos trastornos de personalidad (Fenton, McGlashon, Blyler y Symptoms, 1997). Por esta razón una de las mejores estrategias para la prevención del suicidio sería el reconocimiento y manejo oportuno de las condiciones psiquiátricas.

Otro factor relevante en la evaluación del riesgo suicida es la historia de intentos de suicidio previos, teniendo en cuenta que cerca de 15 % de los individuos con intentos de suicidio no fatales mueren finalmente a causa del suicidio. Igualmente, se han descrito diversos factores asociados a las conductas suicidas tales como la facilidad de acceso a métodos letales (Shneideman, 1971), los antecedentes familiares de suicidio (aspectos genéticos), los eventos negativos en la vida como la violación y el maltrato infantil, el tener información sobre suicidio de personas cercanas o conocidas, la desesperanza, los antecedentes de irritabilidad, conductas agresivas e impulsivas que se han relacionado con factores bioquímicos, y la presencia simultánea de enfermedades físicas y dolor crónico. En grupos de adolescentes universitarios se ha encontrado la asociación de conductas suicidas con la presencia de diagnóstico psiquiátrico, exposición a información sobre suicidio de otra persona y aislamiento o soledad (Sánchez, Cáceres y Gómez, 2002).

3.4. PREVALENCIA DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERÚ

En el Perú no abundan los estudios acerca de la conducta suicida en los adolescentes. La prevalencia e incidencia de la conducta suicida es complicado de estimar, dado que hay déficit de estudios de vigilancia epidemiológica y escasa información sistematizada. En la provincia de Lima existen 567,193 personas de 14 a 17 años, encontrándose entre ellos a

estudiantes de secundaria con diferentes características culturales. Es un problema el creciente número de casos de suicidio y su relación directa a la ideación suicida. Son escasos y restringidos, los estudios epidemiológicos sobre la presencia de ideación suicida en adolescentes pese a su gran importancia (Minsa, 2012).

El estudio realizado en el hospital “Víctor Larco Herrera”, señala una alta frecuencia de intento de suicidio de mujeres que llegaron a la sala de emergencia (62 por ciento) y de todos los casos apenas un 34 por ciento había recibido tratamiento psiquiátrico anterior. Se estimó que los motivos desencadenantes más frecuentes fueron los conflictos de pareja (29.8 por ciento) y conflictos familiares (36.1 por ciento).

En una investigación se halló que el 30% de su población de estudiantes preuniversitarios presentaron ideación suicida (Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales, 2006). Por otra parte (Roselló y Berríos, 2004) midieron la ideación suicida y los sentimientos de alto riesgo en adolescentes puertorriqueños de escuelas públicas entre 13 y 19 años, reportando que el 81% de los estudiantes los que presentaban riesgo suicida

3.5. IDEACIÓN SUICIDA Y FACTORES PSICOLÓGICOS

El factor personal o psicológico representa el grupo de variables con una mayor relación con la ideación suicida. La literatura especializada informa que problemas como la depresión, una baja autoestima, el consumo de drogas (legales e ilegales) e incluso los desórdenes alimenticios, así como otras formas de violencia son variables que comúnmente se asocian a esta problemática. Por lo que consideramos importante realizar un breve análisis de cada uno de estos factores de riesgo (Sánchez y Sosa 2010).

Cabe destacar que en una perspectiva de campo como la que se adopta en este escrito, las variables psicológicas se consideran como una descripción del comportamiento psicológico como organización funcional y no se preocupa en buscar supuestos determinantes internos o

externos que lo producen. Por tal motivo, a continuación se realiza una breve descripción de las variables psicológicas asociadas a la ideación suicida, así como la reconceptualización en términos de campo de dichas variables (Sánchez y Sosa 2010).

3.5.1. IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESIÓN

Diversas investigaciones reportan que la depresión es la variable más relacionada con la ideación suicida (Au, Lau y Lee, 2009; Garlow, 2008; McLaren, y Challis, 2009; Sánchez y Sosa, 2010; Coffin, Álvarez y Marín, 2011). En el informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS se señala que aproximadamente el 80% de las personas que se suicidaron tenían varios síntomas depresivos. Inclusive se plantea que un estado de ánimo depresivo se debe de considerar como una condición previa necesaria para la presencia de ideación suicida (Hintikka, 2009).

En una investigación realizada por (Sánchez y Sosa, 2010) con población adolescente, encontraron mediante un análisis de modelamiento estructural que la sintomatología depresiva presenta una relación significativa, directa y positiva con la ideación suicida. Señalándose como la variable que mejor predice la ideación suicida al constituirse como el factor con el coeficiente estructural más alto.

La APA (2002) en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR considera la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por desesperanza y tristeza aunado a una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (Coffin, Álvarez y Marín, 2011) plantean que la depresión ocurre en las esferas psíquica, somática y conductual y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo de pertenencia. Esta concepción de la depresión como entidad causal propia de la tradición intelectualista en Psicología que, además de adoptar una postura unicausal enfatiza que lo psicológico es producto de entidades internas subjetivas. Sin embargo, una supuesta

evolución del mentalismo argumenta que estas entidades internas son interactivas, lo que genera una doble función que por un lado son independientes (como causa) pero a la vez dependientes (como elemento interactuante) de la relación social entre los individuos. Generando con esto una confusión conceptual respecto a este factor.

Desde una perspectiva de campo las emociones son consideradas como conductas complejas que tienen una base biológica y por lo mismo este tipo de conductas no son propias del ser humano como comúnmente se cree sino que también está presente en otros organismos. Sin embargo, en los humanos, estas conductas emocionales (alegría, tristeza, euforia, nostalgia, coraje, etc.) son en la mayoría de los casos conductas aprendidas, en el sentido de que su ocurrencia se da bajo condiciones complejas no naturales. Por ejemplo, el llanto de una persona por una lesión sufrida es una respuesta biológica, no aprendida, mientras que el llanto de la misma persona ante la separación de su pareja, es una conducta emocional aprendida, ambas respuestas aunque similares difieren, ya que la situación está mediada por experiencias previas de aprendizaje (Coffin, Álvarez y Marín 2011).

Así, en base este concepto se debe considerar a la emoción como un comportamiento biológico-funcional producto de interacciones complejas con el medio ambiente físico y social. Por su parte, la depresión constituiría un comportamiento emocional disfuncional. De tal forma que una concepción de campo de la depresión se deberá centrar en el ámbito interactivo y no en supuestas características y/o propiedades, sobre todo cuando dichas propiedades son subjetivas e inespecíficas (Coffin, Álvarez y Marín 2011).

3.5.2. IDEACIÓN SUICIDA Y AUTOESTIMA

La autoestima, es también una variable psicológica relacionada con la ideación suicida (Miranda, 2009). Se encontró diferencias significativas en donde observaron que el grupo con ideación presenta una autoestima más baja en comparación con el grupo sin ideación, por otra

parte (Au, Lau, y Lee, 2009) encontraron correlaciones significativas con medidas de auto concepto social.

El auto-concepto como constructo psicológico ha sido objeto de diferentes posiciones teóricas probablemente las de mayor representatividad según son las orientaciones emanadas de la Psicología cognitiva y conductismo social de Mead. El conductismo social y la Psicología cognitiva son orientaciones que difieren en el énfasis que le otorgan al estudio del Yo y del Mí, en donde el conductismo social se centra en el Mí, es decir en el componente social del auto-concepto, en cómo éste se configura a partir de la interacción del individuo con los demás miembros de la sociedad, mientras que la Psicología cognitiva se ha preocupado de investigar los aspectos procesales centrándose en lo que sus autores llaman estudio del Yo, abocándose a las estructuras de conocimiento relativas a uno mismo y su incidencia en la conducta del individuo, adoptando un carácter reduccionista al centrar sus explicaciones en aspectos procesales de naturaleza interna (Belanger, 2001).

George Herbert Mead quien desarrolló el conductismo social y a quien erróneamente se le asocia con el interaccionismo simbólico (Belanger, 2001), considera que la conducta del grupo social no es construida de acuerdo con la conducta de los individuos que lo componen, sino que se debe comenzar con un todo social dado, de actividad grupal compleja (la red social), en el cual se considera el comportamiento de cada uno de los individuos que lo integran (Forni, 1988). Desde la perspectiva del conductismo social, la Psicología social de Mead es un intento de explicar la conducta y la experiencia del individuo en términos de la conducta organizada del grupo social (Mead, 1934).

La evidencia empírica con respecto a la relación entre autoestima e ideación suicida es controvertida ya que mientras en algunas investigaciones se observa que la autoestima no se relaciona significativamente con la ideación suicida (Jiménez, Mondragón y González, 2007),

en otras se constata una relación directa y significativa entre estas variables (Yoder y Hoyt, 2005). Asimismo (Wilburn y Smith, 2005) proponen en otro estudio que una baja autoestima predispone al adolescente a la depresión y por ende a las ideas suicidas. La falta de consenso encontrada en la literatura especializada en torno a la relación entre autoestima e ideación suicida, podría encontrar explicación en los resultados obtenidos en una investigación, realizada por (Sanchez y Sosa, 2011) en donde se plantearon tres modelos explicativos de ideación suicida (uno general y dos en base a sexo), encontrando que la relación directa estimada entre la autoestima social y la ideación suicida en el contraste empírico no fue significativa tanto para el modelo general como para el modelo de mujeres.

Sin embargo, en el modelo de hombres se expresa una relación directa y significativa entre autoestima social y la ideación suicida, además de una relación indirecta entre estas a través del efecto directo de la autoestima social con la sintomatología depresiva. Este Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida en hombres propuesto en esta investigación se encuentra en la misma línea que en el modelo estructural propuesto por (Sun, Hui y Watkins, 2006), quienes observaron una relación directa de variables contextuales con la autoestima la cual, a su vez, tenía una relación directa con la depresión que finalmente predecía a la ideación suicida. Estos resultados sugieren que la relación entre autoestima social e ideación suicida esta mediada por el sexo, por lo que consideramos que en futuras investigaciones se tome en cuenta esta variable.

3.5.3. IDEACIÓN SUICIDA Y CONSUMO DE DROGAS

El consumo abusivo de drogas legales, específicamente el alcohol y las drogas ilegales son variables que frecuentemente están asociadas a la ideación y el comportamiento suicida. (Murphy y Wetzel, 1990) informaron que en los Estados Unidos de Norteamérica una cuarta parte de los suicidios están vinculados con el abuso del alcohol llegando incluso a considerar

que el riesgo a lo largo de toda la vida de cometer suicidio en las personas alcohólicas no es mucho menor que en las que presentan trastornos depresivos.

Esto resulta particularmente relevante si tomamos en cuenta que el consumo de alcohol es el primer factor de riesgo en los países en desarrollo y el tercero en los países desarrollados (OMS, 2004), lo cual representa una grave amenaza para la salud pública ya que genera consecuencias negativas en todos los niveles: biológico, físico y psicológico no solamente en quienes lo consumen, sino también en las personas con las que interactúan.

Asimismo, los problemas asociados al alcohol como los accidentes de tráfico, la violencia en sus diferentes acepciones incluyendo al suicidio han adquirido proporciones alarmantes, hasta el punto que el consumo de esta sustancia se ha convertido en uno de los riesgos sanitarios y sociales más importantes en el mundo (Elzo, 2010; Fernández, 2010; Ministerio de Sanidad, 2010). Esta condición se agrava si se toma en cuenta que tanto en México como en los países nórdicos y del mediterráneo el patrón de consumo se caracteriza por una alta ingesta en un período corto de tiempo -al menos cinco copas por encuentro cada fin de semana y, en los casos graves, a diario (Choquet, 2010; Elzo, 2010).

3.5.4. IDEACIÓN SUICIDA Y DESÓRDENES ALIMENTICIOS

Estudios recientes han encontrado una relación importante entre variables asociadas a problemas alimentarios y la ideación suicida. (Goldney, 2009) realizaron un estudio para determinar la relación entre índice de masa corporal, salud mental e ideación suicida en el cual concluyen que no existe relación entre valores altos de índice de masa corporal e ideación suicida. En una investigación con adolescentes coreanos (Don-Sik, 2009) encontraron una relación significativa entre valores bajos de índice de masa corporal, conductas alimentarias de riesgo y la ideación suicida. Estos hallazgos sugieren que más que una relación con índices antropométricos, la ideación suicida está asociada a desórdenes alimenticios. En relación a este

supuesto (Sánchez-Sosa, 2010) encontraron una relación directa y significativa de las conductas alimentarias de riesgo con la ideación suicida.

3.5.5. IDEACIÓN SUICIDA Y OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA

Como mencionamos al principio del capítulo tanto el suicidio como la ideación suicida son considerados como violencia auto-infringida, por tal motivo su relación con otras formas de violencia como la violencia escolar, violencia entre la pareja y violencia intrafamiliar, son variables que comúnmente están presentes en estas problemáticas.

Serrano y Flores (2005) en una investigación realizada con adolescentes enfatizan la importancia de la dimensión de la pareja en la vida de los adolescentes, la cual, al ser caracterizada por relaciones agresivas, influye en la aparición de rasgos suicidas. Respecto a la relación de pareja en los adultos (Krug, 2003) señalan que los estudios sobre la relación entre el estado civil y las conductas suicidas revelan que las tasas más altas de este fenómeno se dan entre las personas separadas o divorciadas, incrementándose este porcentaje entre los hombres, especialmente en los primeros meses de la pérdida o separación. (Pérez, 2007) en un estudio realizado en una clínica de Colombia durante el periodo 2003-2005 encontraron que los eventos estresantes familiares fueron los que más se relacionaron con ideación e intento suicida.

4. PSICOLOGÍA Y MÚSICA

Existe un paralelismo entre los elementos estructurales de la música y las personas en cuanto a “cómo somos”: el ritmo relacionado con la parte corporal, la melodía con la parte afectiva y la armonía con la vida intelectual y de relación. Desde un punto de vista psicológico estos tres elementos son muy importantes, porque se refieren a la parte sensorial, afectiva y mental del individuo (Díaz, 2008). El cerebro procesa agrupando, analizando y combinando el estímulo sensorial (sonido musical) con el fin de organizar determinadas funciones neuropsicológicas para dar una reacción neurológica y motora (Díaz, 2008). De esta forma

podemos explicar el hecho de que la música despierta emociones al estimular centros cerebrales específicos, siguiendo un camino de interiorización que impulsa a manifestar sensaciones. La psicología de la música mira este proceso como algo holístico entre varios elementos como el cuerpo, mente, espíritu y emoción, contribuyendo al equilibrio necesario que debe existir entre estos elementos con el fin de brindarnos bienestar (Díaz y Giráldez, 2007).

Desde este punto de vista, la música se podría convertir en un mecanismo que representaría emociones en el ser humano así como inducir las, esto puede suponer que hay una gran diferencia entre emociones percibidas y emociones sentidas. Las emociones percibidas proponen un mecanismo cognitivo, la cual detecta la intención, pero no necesariamente siente la emoción de la música, mientras que la emoción sentida o emotivista son emociones reales que la música puede llegar a causar (Caballero-Meneses y Menez, 2010).

Por tal motivo se puede deducir que las personas al escuchar música no necesariamente tienen que experimentar algún tipo de emoción, pero una persona que se identifique con el mensaje transmitido en la canción puede llegar a interiorizarla y de esta forma, permitir el brote de algún tipo de sensación. En estas temáticas hay un número no muy alto, pero muy significativo de investigadores que se interesan por la importancia de la música, igualmente ocurre con algunas fuentes científicas la revista *Psychology of Music*, en la cual se han publicado diversas investigaciones sobre el efecto de la música en la vida psicológica, resaltando esencialmente el desarrollo de la educación musical, el desarrollo de las capacidades musicales y de la vida emotivo-afectiva relacionadas a estas capacidades (Díaz y Giráldez, 2007)

4.1. LOS MÚSICOS EN LA PSICOLOGÍA

La música proviene de una función neurológica y el resultado de la interpretación que hacemos del mundo percibido por medio de nuestros sentidos, motivado por nuestras emociones e impulsado por nuestras funciones ejecutivas. El músico se encuentra ahora en la

mira de los neurocientíficos e investigadores que buscan entender su personalidad, el proceso creativo por el cual realizan su obra y la importancia de las actividades prácticas para el cerebro y el bienestar general, sobre todo en el contexto de la melancolía, los trastornos de la personalidad y los problemas degenerativos del cerebro (Mora, 2015).

Eagleman (2014) dice que uno de los rasgos más impresionantes del cerebro, sobre todo del cerebro humano, es la flexibilidad para aprender casi cualquier tarea que se le presenta. Nosotros, para realizar la tarea de comprender el proceso creativo del artista, su personalidad y las posibles conexiones con la melancolía la hemos dividido en cuatro puntos: arte, creatividad, personalidad y melancolía, todos ellos divididos a su vez en otros cuatro temas que nos han permitido aprender un poco más de nosotros mismos y de los afortunados seres que aman con pasión la tarea de transmitir emociones y cogniciones al mundo por medio de su arte.

Así como una ecuación puede ser bella, una verdadera obra de arte contiene dentro de sí un orden matemático. Así como un teorema puede sonar a poesía, también un poema contiene una numeración en su métrica. Así como el cerebro interrelacionando con el medio ambiente puede producir maravillas, también puede producir malestar. El arte de la música, la creatividad, la personalidad y la melancolía están unidos por el mismo hilo conductor: las emociones que produce nuestro cerebro y muchas de ellas están en el plano no consciente, por ello es difícil comprender muchos aspectos de lo que sucede en nuestro cerebro en estos cuatro puntos, es decir pasar al plano de la consciencia ciertos aspectos relacionados con el *insight*, las conductas repentinas inadecuadas o el suicidio.

Científicos e investigadores en distintos campos siguen profundizando en todos estos temas e interesándose en el arte y la creatividad para descifrar los posibles nexos que existen entre ellos con la personalidad y la psicopatología. Los cuatro puntos que vamos a examinar están aparentemente aislados pero todos tienen un sustrato común, un hilo conductor que nos ha guiado como en el laberinto del Minotauro y que no es otro que el cerebro, sus conexiones,

su impresionante eficacia o sus profundas miserias. La psicobiología, la neurobiología y la neuroestética han sido nuestras aliadas para contestar a los interrogantes que nos hemos planteado (Mora, 2015).

4.2. EMOCIONES Y MÚSICA

Algunas evidencias en el cerebro exactamente en el tallo cerebral y el tronco encefálico experimentan un primer acercamiento del ser humano hacia la música (Juslin, 2009). Cuando un evento importante o urgente que requiere de toda la atención involucra sonidos fuertes, súbitos y cambios rápidos de patrones temporales musicales, se activan estas estructuras producto de reacciones emocionales asociadas a tales estímulos. El comportamiento de una persona, por causa de la música, puede ser influenciado también por algún episodio del pasado, ya que la emoción inducida por la música podría ayudarle a evocar recuerdos personales de algún evento específico en su vida, pudiendo ser recuerdos con fuertes conexiones emocionales (Juslin, 2009). Las emociones entre tanto anatómicamente hablando tienen su centro en el sistema encefálico conocido como el “cerebro emocional”, compuesto por diferentes estructuras tales como la amígdala, el hipotálamo, el hipocampo y el tálamo. Este sistema es el encargado de ayudar a expresar todo tipo de emociones como la alegría, la tristeza, el asco, la sorpresa y la ira, las cuales son parte esencial del ser humano. Así pues, las emociones son una respuesta de reacción del organismo en la que involucra elementos centrales y periféricos utilizando el cuerpo como el representante de la emoción sentida, en el cual se vivencia la misma (Igartua, 1994).

Sin embargo, el papel encefálico en la comprensión musical no está completamente claro. Existen zonas del cerebro encargadas de realizar funciones específicas como la del lenguaje o la memoria, en cambio la apreciación o interpretación emocional de la música no tiene un circuito cerebral propio, pero sí involucra y estimula todas las zonas del cerebro cuando es escuchada, por ejemplo, las regiones del movimiento, las emociones primarias, el proceso

de la sintaxis y la gramática del lenguaje (Sáez, 2010). De esta forma, cuando las personas reaccionan ante el estímulo de la música experimentan en el cuerpo diferentes sensaciones, ello dado que la música produce un cambio tanto fisiológico como psicológico, reacción conocida como bio música (Loroño, 2011).

Se ha observado que al escuchar alguna música agradable, se pueden activar sustancias químicas en el Sistema Nervioso Central, estimulándose la producción de neurotransmisores como la dopamina, las endorfinas y la oxitocina, experimentándose un estado que favorece la alegría y el optimismo en general (Jauset, 2008). Al parecer, estas sensaciones ayudan a la movilización de información de carácter inconsciente que genera cambios en la actividad neuronal, facilitando la expresión de emociones, la descarga de sentimientos e impulsos reprimidos o incluso el brote emocional de conflictos o situaciones traumáticas (Betes de Toro, 2000).

En este sentido, la respuesta emocional surgida ante los estímulos musicales no son homogéneas sino que resultan muy diferentes entre una persona y otra, tanto así que podría resultar complejo descifrar cuál es agradable o desagradable, ya que se reflejaría en función de las experiencias individuales de cada ser y sus procesos de aprendizajes previos (González, 1999). Por otro lado (Blood, Zatore, Bermúdez y Evans, 1999), demostraron que en algunas regiones del cerebro como la zona neocortical (es la que se activa cuando usamos las funciones superiores como: razonamiento, planificación, aprendizaje, memorización y juicio) y paralímbica (encargada de gestionar las respuestas fisiológicas causadas por un estímulo emocional), existían variaciones causadas por emociones agradables y desagradables cuando se presentaban tonos musicales variados en el ser humano, deduciendo así, que la música influye en el cuerpo empezando desde el cerebro.

4.3. EXPRESIÓN CORPORAL Y MÚSICA

En cuanto al cuerpo, la música desempeña otro papel muy importante en la organización de las relaciones espaciales, ya que contribuye al dominio y canalización de las emociones porque requiere del control de las expresiones faciales y corporales. Esto permite a los individuos con dificultades en la expresión de emociones y sentimientos, despertar sus energías latentes e impulsos (Lacárcel, 2003). Las personas al mover su cuerpo se dejan llevar por las ondas musicales, produciendo en ellas una conexión entre su mundo interior y su entorno, permitiéndole al cuerpo y la mente estar en constante interacción recíproca, logrando la liberación y descarga de sentimientos a través del movimiento y de gestos corporales que finalmente permite experimentar un goce físico y emocional. A través de la música el cuerpo se concibe como parte de una integralidad, ya que se incorpora con el ritmo logrando la expresión por medio de la danza o el baile, constituyéndose el proceso de percepción audiomotriz, que influye en el desarrollo de la motricidad constituyendo una especie de dialógica. En este diálogo musical, la nota hace llevar el movimiento corporal, liberando el diálogo emotivo de la disposición de un individuo frente a otro teniendo como base la emotividad y la intercorporalidad o diálogo corporal (Pérez, 2012).

Podemos comprender entonces a nuestro cuerpo como un sistema inteligente que interactúa en una relación conjunta entre un órgano y otro, logrando que el sentido y el valor de la música contribuyan a esta relación mejorando la capacidad de expresión de afectos y emociones.

4.4. EL ARTE DE LA MÚSICA COMO TERAPIA

Vivimos en una sociedad que mantiene demasiado alerta su sistema de miedo, tenemos un cerebro del paleolítico y eso nos causa serios problemas porque estamos en constante estado de alerta o estrés. Según Schwartz (Punset, 2009) viviríamos mejor si bajáramos las expectativas sobre el resultado de nuestras decisiones. Pero como nadie está dispuesto a dejar de creer que

elige, vivimos angustiados. Una de cada cuatro personas en el mundo occidental se siente sola y según la OMS en la actualidad la depresión es la segunda causa que acorta la esperanza de vida en personas entre 15 y 45 años y se calcula que para el año 2020 lo será en personas de todas las edades y ambos sexos.

No son las únicas cifras poco prometedoras de nuestra sociedad, la tasa de divorcio se ha disparado en las últimas décadas, como la de suicidios entre jóvenes y la de crímenes violentos. Mientras que el consumo de sustancias adictivas disminuye, parece que nos estamos aficionando a las que son prescritas por nuestro médico de cabecera, simplemente para poder dormir y dejar de pensar en la estresante situación en la que nos encontramos (Nota de prensa del Ministerio de Sanidad, 2015). En medio de esta circunstancia, ¿puede la música hacer algo para que la gente se equilibre, encuentre la calma o por lo menos derive su energía en algo productivo como puede ser el aprendizaje de las técnicas y los materiales en el ámbito artístico? en una noticia sobre medicina integral menciona a dos grandes a quienes el arte les sirvió de terapia:

El filósofo Emile M. Cioran explicó en numerosas ocasiones que su obra era fruto de un acto curativo, había comenzado a escribir para no volverse loco. El propio Dalí se definía como un paranoico a la vez que añadía: *“Debo ser el único de mi especie que ha dominado y transformado en potencia creadora, gloria y júbilo una enfermedad mental tan grave.”*

Pero, ¿significa que realmente el arte puede ser curativo o es simple coincidencia en esos y otros casos de la historia del arte? Desde el punto de vista científico hablamos de causalidad o de correlación, es decir de lo que conocemos como causa-efecto o de una posible relación pero de la que no se pueden controlar todas las variables. Y aunque no es posible averiguar qué sucedió en la mente de los que ya no están, no dejamos de preguntarnos porque tantos seres creativos han sucumbido pese a su extraordinario talento y creatividad. Actualmente la ciencia está muy interesada en estas preguntas, partiendo como la mayoría de

veces de situaciones trágicas en las que pueden comprobar de primera mano cómo pacientes que han sufrido un derrame o un accidente cerebral y se recuperan. Han realizado una investigación sobre la relación de las relaciones de ciertas patologías y el pensamiento creativo y concluye:

El efecto de la lesión cerebral y la enfermedad en la aparición de artistas se ha convertido en un objeto de mucho estudio y debate. Se ha observado la aparición de un comportamiento artístico nuevo tras dicha lesión o enfermedad, mientras que más raramente, ha sido observada en los casos de demencia frontotemporal, epilepsia, hemorragia subaracnoidea y la enfermedad de Parkinson. Este puede ser un fenómeno poco diagnosticado y puede representar una oportunidad para comprender mejor las bases neuronales del pensamiento creativo y el comportamiento en el hombre y los del cambio cognitivo después de una lesión cerebral, algo muy difícil de otra manera. Es evidente que hay un papel importante para la localización hemisférica de la patología, que suele ser en la corteza temporal, en el medio de expresión artística, y un probable papel de leve disfunción cortical frontal en la producción de ciertas características de comportamiento y cognitivos que pueden conducir a la producción de arte.

Los posibles mecanismos de “unidad artística” y la “generación de ideas creativas” en estos pacientes también se consideran. El creciente reconocimiento y el cuidado responsable de este comportamiento en los pacientes podrían servir como una fuente de gran consuelo para los individuos y sus familias en un momento que de otra manera sería muy difícil.

Música, ciencia, educación y psicobiología podrían aliarse en un futuro cercano para brindar soluciones a nuestra estresada sociedad, como ya está sucediendo en algunas sociedades privilegiadas que han decidido que es momento de unir campos y fomentar la creatividad. (Maslow, 2003) postula que todo ser humano es creativo y que para ello es necesario recuperar la ingenuidad. Nosotros creemos que nada puede ser más curativo que el

hecho de sentirnos capaces de lograr que lo que imaginamos se convierta en realidad. (Gazzaniga, 2008) y otros científicos de la Fundación DANA, llegan a una serie de conclusiones con respecto a la importancia de la música para el mejor desarrollo cognitivo, pero también mencionan un factor emocional que es la apertura a nuevas experiencias que como veremos tiene que ver con la dopamina.

Vista la situación actual del mundo occidental, pensamos que las investigaciones deberían encaminarse también hacia el ámbito de los estados negativos provocados por el miedo constante al que está expuesto el ser humano actualmente debido a lo incierto de las relaciones personales, laborales y sociales es decir, lo que se profundiza en el ámbito de las neurociencias afectivas. Quizá en los albores de la humanidad, cuando se despertó la conciencia de lo efímero de todo, unos pocos humanos comprendieron que había algo más que el día a día (Mora, 2015).

CAPITULO III

METODOLOGIA

1. TIPO DE INVESTIGACION Y DISEÑO

1.1. TIPO

La presente investigación ha optado por utilizar un paradigma cuantitativo, se utilizó la recolección y análisis de datos se realiza en un momento determinado, para contestar preguntas de investigación y probar la hipótesis establecida previamente, la misma confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística (Hernández, Fernández y Baptista 2006).

1.2. DISEÑO

Abordaremos el problema de investigación a través del diseño descriptivo-correlacional, ya que se describe la población en un determinado momento; a su vez es correlacional porque se conoce la relación entre dos o más variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

1.3. POBLACION

Los participantes de la presente investigación estuvieron conformados por 110 alumnos de la Especialidad de Música de la Universidad Nacional de San Agustín, cuyas edades oscilaron entre los 16 a 24 años de ambos sexos.

1. Criterios de Inclusión

- Estudiantes de pre grado que pertenezcan a la Especialidad de Música en la Universidad Nacional de San Agustín
- Sujetos que acepten participar libremente del estudio
- Edad comprendida entre 16 – 24 años

2. Criterios de Exclusión

- Estudiantes de pre grado que no pertenezcan a la Especialidad de Música en la Universidad Nacional de San Agustín
- Sujetos que no acepten participar libremente del estudio
- Edad que no esté dentro del intervalo de 16 a 24 años

TABLA N° 1

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN

SEXO

	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	37	33.6
Varón	73	66.4
Total	110	100.0

AÑO DE ESTUDIOS

	Frecuencia	Porcentaje
1	33	30.0
2	27	24.5
3	17	15.5
4	23	20.9
5	10	9.1
Total	110	100.0

Descriptivos

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	110	16	24	20.42	2.536
N válido (por lista)	110				

1.4. INSTRUMENTOS

Para la presente investigación se utilizarán los siguientes instrumentos psicológicos:

1.4.1. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO -COPE

Nombre versión adaptada	: COPE – 28
Nombre original	: Brief COPE
Autores	: Carver, Scheier, Weintrau
Año de publicación versión original	: 1989
Administración	: Individual y colectiva
Objetivo	: Evaluar las estrategias de afrontamiento antes el estrés
Población objetiva	: Estudiantes educación superior
Calificación	: Para responder a cada ítem, se toma una escala de cuatro puntos: 1 = Casi nunca hago esto, 2 = A veces hago esto, 3 = Usualmente hago esto, 4 = Hago esto con mucha frecuencia. Las puntuaciones oscilan entre 60 y 240.
Descripción	: Ésta es una prueba multidimensional, que busca identificar los estilos de afrontamiento. Fue desarrollado en 1989 por Carver, Scheier y Weintraub. En su versión más actual está conformado por 60 ítems, que se califican en un formato likert (Cassaretto y Chau, 2016). El instrumento consta de 15 escalas que se agrupan en las dimensiones tradicionales de la Teoría Transaccional del Estrés.

Para la presente investigación se utiliza la más reciente adaptación realizada por Cassaretto y Chau (2016) en base al estudio de 110 alumnos universitarios de ambos sexos. En lo referente a la validez, el análisis factorial exploratorio con rotación oblicua obtuvo un KMO de 0.80 ($P < 0.001$) y una varianza de 65% que explica los 15 factores. Algunos rangos de las correlaciones ítem-test para las diferentes estrategias son: 0.14-0.46 para la estrategia de

afrontamiento activo, 0.69-0.89 para la estrategia de humor, 0.62-0.81 para la estrategia de uso de drogas y 0.58-0.74 para la estrategia de planificación.

1.4.2. ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK – ISB

Nombre	: ISB (Escala de Ideación Suicida).
Autor	: Aarón Beck
Año de publicación	: Heredia Segura Richard (2004)
Año	: (1979)
Adaptación	: Bobadilla y otros en Chiclayo (2004).
Ámbito de aplicación	: De 13 años en adelante.
Tiempo de aplicación	: Variable.
Aplicación	: Hetero aplicado tanto a varones como mujeres
Finalidad	: Diseñada para cuantificar y evaluar el consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de auto destructividad: pensamientos o deseos.

Descripción de la prueba: La Escala de Ideación Suicida de Beck es una escala semi-estructurada que consta de 19 reactivos, los mismos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. Los diferentes ítems se hallan distribuidos en 4 apartados: - Actitud hacia la vida y la muerte (ítem 1 a 5). - Características de la Ideación Suicida (ítem 6 a 11). - Características del Intento planeado (ítem 12 a 15). - Actualización de la tentativa (ítem 16 a 19).

Calificación: Proporciona una cuantificación de la gravedad de la Ideación suicida; la puntuación tal se obtiene sumando todos los ítems, dicha puntuación puede oscilar entre 0 a 38

puntos. Por lo tanto no existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad. 77

Validez y confiabilidad: Consistencia interna de la Escala de Ideación Suicida de Beck. Los 20 reactivos de la Escala de ISB se sometieron a un análisis de confiabilidad y se obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach = .84. Como el último reactivo indaga sobre el número de intentos suicidas llevados a cabo anteriormente, se evaluó también su consistencia con sólo los 19 reactivos restantes, y alcanzó el mismo nivel de confiabilidad: alpha = .84.

Posteriormente, con el fin de verificar la congruencia conceptual de los reactivos en estas sub-escalas, se hicieron análisis factoriales (rotación varimax) de los reactivos agrupados. Análisis factorial y consistencia interna de cada una de las sub-escalas de Beck: La sub-escala I: Características de las actitudes hacia la vida y la muerte (5 reactivos), quedó conformada por 1 factor que explicó 71.2% del total de la varianza, obteniendo una consistencia interna de alpha = .90. La sub-escala II: Características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse (5 reactivos), arrojó 2 factores que explicaron 62.6% de la varianza. Al calcular la consistencia interna de cada factor se obtuvieron coeficientes alpha = .65 en el primer factor, y alpha = .45 en el segundo. Como la consistencia interna de los 5 reactivos fue de alpha = .65 se consideró pertinente integrar esta sub-escala con los 5 reactivos en una sola dimensión

1.5. PROCEDIMIENTO

Una vez aceptada la petición de la realización del proyecto de investigación y con el consentimiento del director del Director de la Escuela Profesional de Artes, se procedió a la presentación de las investigadoras a los estudiantes de la Especialidad de Música, quienes fueron partícipes del proyecto de investigación.

Seguidamente se explicó de la finalidad de la investigación y se solicitó el apoyo y colaboración de los estudiantes.

Se procedió a dar las instrucciones de las pruebas que se evaluó, además de los conocimientos básicos y la aclaración de cualquier tipo de duda a los participantes acerca de la investigación.

El proceso de evaluación de las pruebas tuvo una duración máxima de 25 minutos incluyendo las instrucciones.

Se realizó la calificación de las pruebas, para obtener los resultados de la investigación. Se analizaron los datos a través de estadística descriptiva utilizando un análisis de frecuencia; para el caso de la parte inferencial se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson para las variables cuantitativas y la prueba Chi cuadrado para las variables cualitativas. Para el caso de las comparaciones utilizamos la prueba T de Student. El software utilizado fue el SPSS versión 25.

CAPITULO IV

RESULTADOS

En la presente tesis cuantitativa, el análisis de datos se realizó de forma descriptiva correlacional, entre Estilos de Afrontamiento e ideación Suicida que fueron evaluados a partir de las pruebas psicológicas tomadas a la población de estudiantes de la especialidad de música. Se analizaron los datos a través de la estadística descriptiva utilizando un análisis de frecuencia; para el caso de la parte inferencial, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson para las variables cuantitativas y la prueba Chi cuadrado para las variables cualitativas. Para el caso de las comparaciones utilizamos la prueba T de Student. Y el software utilizado fue el SPSS versión 25.

TABLA N° 2

**PRESENCIA DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA
ESPECIALIDAD DE MÚSICA**

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Ideación suicida	110	0	27	9.11	6.559
N válido (por lista)	110				

Observamos que los puntajes en la prueba de ideación fluctúan entre 0 puntos (que indica ausencia de ideación suicida) hasta los 27 puntos (que indican que hay una marcada intensidad de cometer suicidio), la media de los puntajes es de 9.11 puntos (que indica que los evaluados en promedio alguna vez han pensado en suicidarse).

TABLA N° 3

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

	Frecuencia	Porcentaje
Centrado en la emoción	48	43.6
Dirigido al problema	62	56.4
Total	110	100.0

Observamos que la mayoría de evaluados utiliza estilos de afrontamiento dirigidos al problema (56.4%) cuando tiene que enfrentar alguna situación estresante; mientras que el 43.6% de evaluados utiliza estilos centrados en la emoción.

TABLA N° 4

CORRELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y LA IDEACIÓN SUICIDA

		Ideación suicida
Dirigido al problema	Correlación de	.059
	Pearson	
	Sig. (bilateral)	.648
	N	62
Centrado en la emoción	Correlación de	.469**
	Pearson	
	Sig. (bilateral)	.001
	N	48

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

Hallamos que el uso de estilos de afrontamiento centrado en la emoción se encuentra directa y significativamente relacionado con la ideación suicida ($r = .469$; $p = .001$), es así que el uso de este estilo se asocia con una mayor ideación suicida. Por otro lado no hallamos que el estilo de afrontamiento dirigido al problema se relacione con la ideación suicida ($r = .059$; $p = .648$).

TABLA N° 5

RELACIÓN ENTRE EL SEXO DE LOS ESTUDIANTES CON LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Sexo * Estilo de afrontamiento

Tabla cruzada

		Estilo de afrontamiento			
		Centrado en	Dirigido al		
		la emoción	problema	Total	
Sexo	Mujer	Frecuencia	13	24	37
		%	35.1%	64.9%	100.0%
	Varón	Frecuencia	35	38	73
		%	47.9%	52.1%	100.0%
Total		Frecuencia	48	62	110
		%	43.6%	56.4%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

Significación		
asintótica		
Valor	df	(bilateral)

Chi-cuadrado de	1.638	1	.201
Pearson			
N de casos válidos	110		

No hallamos una relación estadísticamente significativa entre el sexo de los evaluados y el uso de los estilos de afrontamiento ($\chi^2=1.638$; $p=.201$), tanto varones como mujeres utilizan preferentemente el estilo dirigido al problema.

TABLA N° 6

RELACIÓN ENTRE EL AÑO DE ESTUDIOS CON EL USO DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

AÑO DE ESTUDIOS * Estilo de afrontamiento

Tabla cruzada

		Estilo de afrontamiento			
		Centrado en	Dirigido al		
		la emoción	problema	Total	
Año de estudios	1ro	Frecuencia	14	19	33
		%	42.4%	57.6%	100.0%
	2do	Frecuencia	18	9	27
		%	66.7%	33.3%	100.0%
	3ro	Frecuencia	7	10	17
		%	41.2%	58.8%	100.0%
	4to	Frecuencia	7	16	23
		%	30.4%	69.6%	100.0%
	5to	Frecuencia	2	8	10
		%	20.0%	80.0%	100.0%

Total	Frecuencia	48	62	110
	%	43.6%	56.4%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

			Significación asintótica (bilateral)
	Valor	Df	
Chi-cuadrado de Pearson	9.785	4	.044
N de casos válidos	110		

Hallamos que hay una relación estadísticamente significativa entre el uso de los estilos de afrontamiento y el año de estudios que cursan los evaluados ($\chi^2=9.785$; $p=.044$), siendo así que el estilo dirigido al problema es mayormente usado en los últimos años, sobre todo por los alumnos del 5to año (80%); mientras que el estilo centrado en la emoción tiene un mayor uso en los primeros años, sobre todo en el segundo año (66.7%).

TABLA N° 7**RELACIÓN ENTRE IDEACION SUICIDA Y SEXO***Estadísticas de grupo*

		Desviación				Sig.	
Sexo	N	Media	estándar	t	gl	(bilateral)	
Ideación	Mujer	37	8,11	6,428	-1,141	108	,256
suicida	Varón	73	9,62	6,609			

No hallamos diferencias estadísticamente significativas en la ideación suicida de los varones y mujeres evaluados ($t = -1.141$; $p = .256$).

TABLA N° 8**RELACIÓN ENTRE EDAD E IDEACION SUICIDA**

		Ideación suicida
Edad	Correlación de Pearson	.002
	Sig. (bilateral)	.986
	N	110

No hallamos una relación estadísticamente significativa entre la edad y la ideación suicida ($r = .002$; $p = .986$).

TABLA N° 9**RELACIÓN ENTRE EDAD Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO**

		Dirigido al problema	Centrado en la emoción
Edad	Correlación de Pearson	-.028	.009
	Sig. (bilateral)	.831	.953
	N	62	48

No hallamos una relación estadísticamente significativa entre la edad con el estilo dirigido al problema ($r = -.028$; $p = .831$) ni con el estilo centrado en la emoción ($r = .009$; $p = .953$).

DISCUSION

A lo largo de la presente investigación hemos manifestado nuestro especial interés por determinar cómo se da la relación entre el uso de determinadas estrategias de afrontamiento con la prevalencia de la ideación suicida en una muestra de estudiantes de artes desde una aproximación que nos permitiera enfocar este problema de una forma objetiva. Sí bien la presente investigación se enfoca en la salud mental, consideramos que no es este el único aspecto a tener en cuenta, por ello tomamos en consideración variables inherentes al problema como el sexo la edad de los estudiantes. Esto se debe a que consideramos que el pensamiento e intento suicida, como todo fenómeno psicológico, es una realidad compleja que abarca diferentes niveles de organización y que para comprenderla, requiere ser estudiada desde diferentes ángulos.

Los resultados obtenidos en este estudio, constituyen una aproximación al problema de la ideación suicida que azota a nuestra ciudad principalmente en personas jóvenes. Así mismo, poder explicar desde conceptualización teórica cómo la forma de afrontar nuestros problemas puede derivar en que en algún momento pensemos en atentar contra nuestra vida. Es así que, analizaremos a detalle los hallazgos de esta investigación. Al contemplar la ideación suicida como el comportamiento inicial del continuo denominado suicidio, se resalta la relevancia del estudio de esta pandemia en esta primera etapa, pues los resultados de la investigación proporcionarían la base para la implementación de estrategias de prevención del suicidio.

Uno de los datos más preocupantes de nuestro estudio es que la mayoría de los estudiantes de artes evaluados en alguna ocasión han presentado algún tipo de pensamiento ligado al suicidio. Al respecto, en España también se encontró que los universitarios presentaban unas elevadas tasas de ideación suicida asociadas a menudo con diversos factores psicosociales. En dicha investigación se halló que los estudiantes más propensos a presentar

ideación suicida son menos optimistas, presentan menos habilidades sociales y un menor apoyo social percibido (Sánchez, García y Muela, 2013).

Asimismo, nuestros resultados coinciden con los hallados en Colombia por Carbajal y Caro (2009), quienes hallaron que el 20% de los universitarios investigados informó presencia de pensamientos o deseos suicidas de variada intensidad. Siendo las variables que mejor explican la presencia de ideación suicida son: antecedentes de intento de suicidio, baja autoestima, depresión y pertenecer a una familia poco saludable. De forma similar, en la Universidad Nacional de San Agustín se encontró que la prevalencia de la ideación suicida en los alumnos de psicología es del 5.6% y el 13.8% son sujetos que han intentado suicidarse en algún momento suicida; los perfiles de personalidad en quienes manifiestan categoría suicidio son las escalas clínicas de depresión y manía (Lujan, 2017)

En palabras de De la Torre Marti (2013), existen diversas causas de ideación suicida, ya que es un fenómeno multi determinado. Desde una perspectiva cognitiva-conductual, destacan algunos factores que podrían tener mayor influencia sobre las ideas y conducta suicida. Dicho autor agrega que una hipótesis fundamental a la hora de explicar las ideas suicidas, es que aparezca un suceso estresante que haga desencadenar ciertas emociones (generalmente de frustración/rechazo), la sensación de querer desaparecer de alguna situación que se le presenta como imposible ante las posibilidades que piensa el sujeto tener en algún momento, junto a la idea de que no es posible encontrar una solución a sus problemas, y finalmente, la falta de recursos para aliviar la crisis (por ejemplo, apoyo social), hechos que podrían estar afectando en sobremanera a los estudiantes evaluados.

Desde una perspectiva sistema, no solo los factores internos de las personas son los que desencadenan el suicidio; también hay influencias de los sistemas de los que es parte, como la familia. En este sentido, los problemas que se dan en el seno de la familia (mala comunicación, pérdida de un padre, etcétera) son vistos como abrumadores y asfixiantes, y si se conjunta con

problemas laborales, deductivos, económicos y de comunicación, las relaciones al interior de esta se modifican de forma negativa, aislando a la persona y lanzándola a buscar apoyo en subsistemas con ideologías diferentes, lo cual puede llevar a la persona a la ideación suicida y posteriormente al suicidio (Eguiluz, Luz de Lourdes, 2010).

También es necesario resaltar que el factor personal o psicológico representa el grupo de variables con una mayor relación con la ideación suicida. La literatura especializada informa que problemas como la depresión, una baja autoestima, el consumo de drogas (legales e ilegales) e incluso los desórdenes alimenticios, así como otras formas de violencia son variables que comúnmente se asocian a esta problemática. Por lo que consideramos importante realizar un breve análisis de cada uno de estos factores de riesgo (Sánchez-Sosa 2010).

Otro de nuestros resultados relevantes es que la mayoría de evaluados utiliza estilos de afrontamiento dirigidos al problema cuando tiene que enfrentar alguna situación estresante; aunque un importante porcentaje de evaluados utiliza estilos centrados en la emoción. Al respecto podemos citar la investigación hecha por Vento (2017) en Lima que encontró que la estrategia enfocar y liberar emociones correlacionó significativamente de manera directa y moderada con la ansiedad rasgo y estado. Mientras que las estrategias afrontamiento activo y planificación correlacionaron significativamente con la ansiedad rasgo y estado de manera inversa pero pequeña.

Al explicar nuestros hallazgos citamos a Fernández, Abascal, Palmero, Choliz y Martinez (1997) quienes mencionan que si el sujeto encuentra resultados positivos en su proceso de afrontamiento al problema repetirá este comportamiento ante situaciones semejantes. Por otra parte, si no consigue el éxito esperado utilizará otra estrategia. Lo antes mencionado nos estaría indicando que una buena parte de los evaluados usan una estrategia u otra por el hecho de que a lo largo del tiempo los ayudo a librarse del estrés. Nuestros resultados indican que las estrategias de afrontamiento utilizadas mayormente por los evaluados

resultarían adaptativas, si llegan a reducir el estrés y promueven la salud a largo plazo o inadaptativas cuando reducen el estrés sólo a corto plazo, provocando un efecto nocivo en la salud a largo plazo.

Teniendo en cuenta la preferencia hacia las estrategias centradas en la resolución del problema, Lazarus y Folkman (1984) comentan que esto implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias problemáticas, o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales

Para el caso de nuestro objetivo general, hallamos que el uso de estilos de afrontamiento centrados en la emoción se encuentra directamente relacionado con una mayor prevalencia de la ideación suicida. Por otro lado, no hay relación entre los estilos de afrontamiento dirigidos al problema con la ideación suicida. Lo cual nos estaría indicando que los esfuerzos que se dirigen a centrarse en el malestar experimentando ante la situación y en la comunicación de esas emociones y de la propia situación estresante a otra persona no son suficientes para disminuir los pensamientos autodestructivos. Una de las razones que explicarían la relación hallada es que las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación en donde no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesionantes, amenazantes o desafiantes del entorno (Lazarus y Folkman, 1984). Es decir que los estudiantes evaluados perciben que los problemas que enfrentan no pueden ser solucionados como tales.

Al tener en cuenta la situación antes mencionada, Beck plantea que los pensamientos relacionados al suicidio son la expresión del deseo de escapar de situaciones que no se pueden soportar o para el caso de los estudiantes evaluados, que no se pueden manejar, lo cual podría conllevar a la aparición de sintomatología depresiva, con las correspondientes ideas de que los

evaluados son una carga inútil, lo que creaba la idea de que las cosas estarían mejor sin ellos (Eguiluz, Luz de Lourdes, 2010).

Los hallazgos de la presente investigación nos llevan a proponer que se hagan futuras investigaciones que involucren el análisis de otras variables tanto psicológicas (presencia de trastornos como la depresión o la ansiedad), sociodemográficas (nivel socioeconómico, sexo, edad, etc.) y contextuales (temporada de exámenes), los cuales nos permitirían analizar mejor el fenómeno. Así mismo, considerando la elevada prevalencia de la ideación suicida en los evaluados, se hace necesario la creación de programas que permitan mejorar las estrategias de afrontamiento que tienen los evaluados con miras a reducir los pensamientos o incluso de la conducta suicida en los estudiantes de artes.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Existe presencia de ideación suicida en los estudiantes de la especialidad de Música de la Universidad Nacional de San Agustín, lo cual indica que los evaluados en promedio alguna vez han pensado en suicidarse.

SEGUNDA: Se identificó que la mayoría de los estudiantes de la especialidad de Música, utilizan el Estilo de Afrontamiento centrado en el Problema, por lo que se determina que los evaluados modifican las circunstancias problemáticas mediante la cognición.

TERCERA: Hallamos una relación estadísticamente significativa entre el uso de los estilos de afrontamiento y el año de estudios que cursan los evaluados, siendo así que el estilo centrado en el problema es muy usado en los grados más altos, mientras que el estilo centrado en la emoción tiene un mayor uso en segundo año. Sin embargo, no existe relación entre el sexo y edad con los estilos de afrontamiento e ideación suicida.

CUARTA: Existe una relación directa y significativa entre el uso de Estilos de Afrontamiento centrado en la emoción con la ideación suicida

QUINTA: No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres respecto a la ideación suicida, en los alumnos de la especialidad de Música.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda extender la presente investigación en toda la Facultad de Artes y Humanidades, para contrastar los resultados entre las diferentes escuelas que la conforman.

SEGUNDA: Se recomienda llevar a cabo periódicamente talleres en donde los estudiantes de la especialidad de música puedan aprender a desarrollar sus habilidades sociales, de esta forma podrán adaptarse y afrontar situaciones adversas durante su formación académica y desarrollo personal.

REFERENCIAS

- Abad, J. (2009). Función de las artes y experiencia humana. En L. Jiménez, I. Aguirre, & L. Pimentel, *Educción artística, Cultura y Ciudadanía* (págs. 17-23). Madrid: OEI-Fundación Santillana.
- Alarcon, T. (2008): Estrategias de afrontamiento. España. Universidad de Madrid.
- Anticon C, Uscala L. Fuentes S, Aguirre E. Epidemiología del intento de suicidio: servicio de emergencia del hospital “Víctor Larco Herrera “. Archivos peruanos de psiquiatría y salud mental 1999; 3(1):11-22
- Ballesteros, J. (2015). *Un estudio de la ansiedad escénica en los músicos de los conservatorios de la Región de Murcia* (Tesis doctoral, Universidad de Murcia).
- Beck, A.T, Steer, R.A y Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 499-505.
- Betes de Toro, E. (2000). Fundamentos de Musicoterapia. Madrid: Ediciones Morata.
- Blood, A., Zatorre, R., Bermúdez, P. & Evans, E. (1999). Emotional responses to pleasant and unpleasant music correlate with activity in paralimbic brain regions. *Nature America*, 2 (4), 382-387.
- Bonanno, R. y Hymel, S. (2010). Beyond Hurt Feelings: Investigating Why Some Victims of Bullying Are at Greater Risk for Suicidal Ideation. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56(3), 420-440. Buenos Aires, Facultad de Psicología, Año 6, N° 1, pp.25-49.Ps.267-283
- Caballero-Meneses, J. & Menez, M. (2010). Influencia del tempo de la música en las emociones. *Revista Colombiana de Psicología*, 19 (1) ,37-44.

- Campana, C., (2016). Desesperanza e ideación suicida en pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote (Tesis de Pre-grado). Perú. Universidad Cesar Vallejo.
- Carvajal, G & Caro, C. (2011). Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá. *Colomb Med.* 2011; 42 (Supl 1): 45-56.
- Carver, C., Sheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies. A Theoretical based Approach, en *Journal of personality and Social Psychology*, 56, pp.267-283.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, (2016). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. 21(2), 364-392. *Revista de Psicología de la PUCP*,
- Casullo, M. M. y Fernández Liporace, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones*.
- De la Torre Marti, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial del suicidio. Madrid, España: Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) y la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). –Recuperado de la web el 1/08/15.
- De la Torre Marti, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial del suicidio. Madrid, España: Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) y la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). –Recuperado de la web el 1/08/15.
- Demirbatir, R. E. (20 |12). Undergraduate music students’ depression, anxiety and stress level: a study from Turkey. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 2995-2999. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.05.603
- Díaz, M. y Giráldez, A. (2007). Aportaciones Teóricas y Metodológicas a la Educación Musical. Barcelona: Editorial Grao.

- Díaz, N. (2008). Efectos del baile trance sobre la ansiedad en grupo de mujeres de la Comunidad terapéutica “Refugio de los Ángeles de Huachipa. Tesis de licenciatura. Lima. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Eguiluz, L. L., Córdova, M.H., & Rosales, J.C. (Eds.). (2010). Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento. México: Pax México.
- Everly, G.S. (1989). Strategies for coping with stress: An assessment scale. Washington, DC: Office of Health Promotion, Department of Health and Human Services. (p 44)
- Fernández, N. y Merino, H. (2001). Predictores de la Ideación suicida: Un estudio empírico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 121-127.
- Fernández-Abascal, E., Palmero, F., Choliz, M. y Martínez, F. (1997). Estilos y Emoción. Estrategias de afrontamiento. Cuadernos de práctica de Motivación y Madrid: Pirámide.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996). Manual: ACS. Escalas de Afrontamiento para adolescentes. Madrid: TEA, adaptación española. (orig. 1993)
- Girdano, D. y Everly, G.S. (1986). Controlling stress and tension. 2ª Edición. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Goldstein R, Black D, Nasrallah A, Winokur G. The Prediction of Suicide: Sensitivity, Specificity, and Predictive Value of a Multivariate Model Applied to The Prediction of Suicide: Sensitivity, Specificity, and Predictive Value of a Multivariate Model Applied to Suicide Among 1906 Patients with Affective Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 418-422.
- González, J. (1999). El sentido de la obra musical y literaria. Barcelona: Universidad de Murcia.

- González-Forteza, C; Villatoro, J; Pick, S; Collado, ME. (1998). El estrés emocional y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: análisis según nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 21 (2), 37-45.
- Grewe, O., Nagel, F., Kopiez, R. y Altenmüller, E. (2007). «Listening To Music As A Re-Creative Process: Physiological, Psychological, And Psychoacoustical Correlates Of Chills And Strong Emotions». *Music Perception: An Interdisciplinary Journal*, 24 (3): pp. 297-314
- Hirshfeld R, Rusell J. Assesment and Treatment of Suicidal Patients. *N Engl J Med* 1997; 337(13): 910-915.
- IESM HD – HN (2005) Estudio epidemiológico de salud mental en Cajamarca. Serie: Monografías de Investigación N° 10, Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, Lima. En MINSA.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe general. Lima: IESM HD-HN
- Jacobs D. Depression Screening as an Intervention against Suicide. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(Suppl 2): 42-45.
- Jauset, J. (2008). Música y Neurociencia: la musicoterapia sus fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas. Barcelona: Editorial UOC.
- Juslin, P.N. (2011). Music and emotion: Seven questions, seven answers. In: I. Deliège y J. Davidson (Eds.). *Music and the mind: Essays in honour of John Sloboda* (pp. 113-135). New York: Oxford University Press.

- Lacárcel, J. (2003). Psicología de la música y emoción musical. *Educatio Siglo XXI*, 20-21, 213-226.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, RS. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Leibovich, N.; Schmidt, V. I.; Marro, C. T. Afrontamiento. En: *El malestar y su evaluación en diferentes contextos*. Buenos Aires: Eudeba, 2002. P. 45-59.
- Loroño, A. (2011). *Biomúsica*. Disponible en: http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=2275
- Lucio-Gómez Maqueo, E., & Hernández-Cervantes, Q. (2009). Personalidad y riesgo suicida en adolescentes estudiantes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47 (1), S33-S40.
- Morón, P. (1987). *El Suicidio*. México: Publicaciones Cruz.
- Muñoz, J., Pinto, V., Callato, H., Napa, N. & Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 24(4), 239-246.
- Musitu, G., y Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención psicosocial*, 12 (2), 179-192.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008; 30(1): 133-154.
- Patel, A. (2003). Language, Music, Syntax and the Brain. *Nature Neuroscience*, 6 (7): p. 674.

- Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors and approaches to prevention. *Pediatr Drugs*. 2003; 5(4): 243-65. 5.
- Pérez- Amezcua, B., Rivera, L., Atienzo, E., de Castro, F., Leyva, A. y Chávez, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4), 324-333.
- Pérez, M, Martínez, L, Vianchá, M & Avendaño, B. (2016). Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología* - Vol. 13, No. 1, 2017.
- Pérez, M. (2012). Ritmos y Orientación Musical. *El Artista*, 9,78--100.
- Rahat, E. y İlhan, T. (2016). Coping styles, social support, relational self-construal and resilience in predicting students' adjustment to university life. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 16(1), 187-208. doi: 10.12738/estp.2016.1.0058
- Rojas, I., & Saavedra, J. (2014). Cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana en el año 2006. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77 (4), 250-261.
- Roselló, J. & Berríos, M. N. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueño/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 38(2), 295-302.
- Sáez, C. (2010). Música y Neuronas. Disponible en: <http://cristinasaez.wordpress.com/2010/12/20 /musica-y-neuronas/>
- Sánchez R, Cáceres H, Gómez D. Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica* 2002; 22:407-16.

- Sanchez, D, García, A & Muela, J. (2013). Relación entre Alta Ideación Suicida y Variables Psicosociales en Estudiantes Universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(2), 429-450.
- Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González, M., Musitu, G. y Martínez-Ferrer, B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 279-287.
- Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González, M., Musitu, G. y Martínez-Ferrer, B. (2011). Ideación suicida en adolescentes: Un modelo explicativo. En Sánchez-Sosa, J.C. y Villarreal-Gonzalez, M. (Eds.) *Tópicos de Psicología de la Salud en el ámbito Universitario*. (pp. 14-34). Monterrey: UANL-CUmex.
- Sarró, B. & De la Cruz, C. (1991). *Los Suicidios*. Barcelona: Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Salud 2000, Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Shneidman ES: Perturbation and Lethality as precursors of suicide in a Gifted Group. *Life-Threatening Behavior* 1971;1: 23-45.
- Simpson S, Jamison K. The Risk of Suicide in Patients With Bipolar Disorders. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(Suppl 2): 53-56.
- Solis, C & Vidal, A. (2006). Estilos y Estrategias de Afrontamiento en Adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*. Vol VII N°1 Enero – Junio 2006, pp. 33-39.
- Tarrant, M., North, A.C. y Hargreaves, D. J. (2002). «Youth identity and music». En: R.A.R. MacDonald, D.J. Hargreaves y D. Miell (Eds.). *Musical Identities*. Oxford: Oxford University Press, pp. 134-150.
- Tornecilla (2008). *Estilos de Afrontamiento entre los adolescentes y jóvenes*. Madrid.

Tripiana, S. (2010). Motivación y Orientación profesional en los estudiantes de música. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 13(34). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero34/article3/texto.html>

Vásquez, Freddy: «Seguimiento de pacientes que presentaron intento de suicidio atendidos en el servicio de emergencia del INSM. Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». En: *Anales de Salud Mental* (1998) XIV: 65-76.

World Health Organization (2012). Suicide Prevention: Supre The Worldwide initiative for the prevention of suicide. Recuperado de www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE ESTIMACIÓN DE AFRONTAMIENTO (COPE)

Edad:

Sexo:

Año:

A continuación, se encontrará una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones.

Señala en cada una de ellas si coinciden o no con su propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

1= Casi nunca hago esto.
2= A veces hago esto.
3= Usualmente hago esto.
4= Hago esto con mucha frecuencia.

Elija sus respuestas cuidadosamente y responda de la forma más sincera que le sea posible. Responda todos los ítems. Recuerde, no hay respuestas correctas o incorrectas, de modo que elija las respuestas que más se ajusten a usted no la que usted piense que la mayoría de gente diría o haría.

	FRASES	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 Hago esto con mucha frecuencia
1	Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.				
2	Me concentro en el trabajo u otras actividades sustitutivas para alejar el tema de mi mente.				

3	Me altero y dejo aflorar todas mis emociones.				
4	Trato de conseguir consejo de alguien más sobre qué hacer.				
5	Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación.				
6	Me digo a mí mismo: “esto no es real”				
7	Confío en Dios.				
8	Me río acerca de la situación.				
9	Admito que no puedo lidiar con el problema y dejo de intentar resolverlo.				
10	Me contengo a mi mismo de hacer algo apresuradamente.				
11	Hablo de mis sentimientos con alguien.				
12	Consumo alcohol o drogas para sentirme mejor.				
13	Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió.				
14	Hablo con alguien para saber más de la situación.				
15	Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.				
16	Sueño despierto con otras cosas diferentes.				

17	Me altero y soy realmente consciente de la situación.				
18	Pido la ayuda de Dios.				
19	Hago un plan de acción.				
20	Hago bromas sobre la situación.				
21	Acepto que el hecho ha sucedido y que no puede cambiarse.				
22	No hago nada hasta que tenga más clara la situación.				
23	Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.				
24	Dejo de intentar alcanzar mi meta.				
25	Tomo medidas adicionales para intentar liberarme del problema.				
26	Intento evadirme un rato bebiendo alcohol o tomando drogas.				
27	Me niego a creer que haya sucedido.				
28	Dejo aflorar mis sentimientos.				
29	Intento ver el problema de una forma diferente para que parezca mas positivo.				
30	Hablo con alguien que puede hacer algo concreto acerca del problema.				
31	Duermo más de lo habitual.				
32	Trato de idear una estrategia sobre lo que debo hacer.				

33	Me concentro en el manejo del problema y si es necesario me dejo de lado otras cosas.				
34	Consigo la compasión y comprensión de alguien.				
35	Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.				
36	Bromeo sobre ello.				
37	Renuncio a intentar lo que quiero.				
38	Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
39	Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.				
40	Actúo como si realmente no hubiera sucedido.				
41	Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado pronto.				
42	Intento evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos de manejar la situación.				
43	Voy al cine o veo televisión para pensar menos en ello.				
44	Acepto que es una realidad el hecho que ha sucedido.				
45	Ante un problema pregunto que hicieron las personas que han tenido experiencias similares.				

46	Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento.				
47	Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.				
48	Intenta encontrar consuelo en mi religión.				
49	Me obligo a mi mismo a esperar el momento oportuno para hacer algo.				
50	Hago bromas de la situación.				
51	Reduzco la cantidad de esfuerzo que dedico a resolver el problema.				
52	Hablo con alguien acerca de cómo me siento.				

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Sexo:

Edad:

Año:

En este cuestionario encontrarás una serie de enunciados con diferentes respuestas, donde tendrás que marcar una de ellas de acuerdo al que más se acerque a tu deseo, actitud o pensamiento frente a los enunciados planteados. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de pensar, sentir o actuar.

I. CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE

1. Deseo de vivir

☐ Moderado a intenso

☐ Débil

☐ Ninguno

2. Deseo de morir

☐ Moderado a intenso

☐ Débil

☐ Ninguno

3. Razones para vivir/morir

☐ Las razones para vivir son superiores a las de morir

☐ Iguales

☐ Las razones para morir son superiores a las de vivir

4. Deseo de realizar un intento activo de suicidio

- ☐ Moderado a intenso
- ☐ Débil
- ☐ Ninguno

5. Intento pasivo de suicidio

- ☐ Tomaría precauciones para salvar su vida
- ☐ Dejaría su vida/muerte en manos del azar
- ☐ Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS SUICIDAS

6. Dimensión temporal: Duración

- ☐ Breve, periodos pasajeros
- ☐ Períodos más largos
- ☐ Continuo (crónico), o casi continuo

7. Dimensión temporal: Frecuencia

- ☐ Rara, ocasional
- ☐ Intermitente
- ☐ Persistente o continuo

8. Actitud hacia el pensamiento/deseo

- ☐ Rechazo
- ☐ Ambivalencia, indiferencia
- ☐ Aceptación

9. Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo

- ☐ Tiene sensación de control
- ☐ No tiene seguridad de control
- ☐ No tiene sensación de control

10. Porqué no lo harías (Ej. Familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad)

- ☐ No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio
- ☐ Los factores disuasorios tienen cierta influencia
- ☐ Influencia mínima o nula de los factores disuasorios

Si existen factores disuasorios, indicarlos:

.....

11. Razones del proyecto de intento

- ☐ Manipular el medio, atraer atención, venganza
- ☐ Combinación de ambos
- ☐ Escapar, acabar, resolver problemas

III. CARACTERÍSTICAS DEL PROYECYO DE INTENTO

12. Método: Especificación/planes

- ☐ No los ha considerado
- ☐ Los ha considerado, pero sin detalles específicos
- ☐ Los detalles están especificados/bien formulados

13. Método: accesibilidad/oportunidad

- ☐ Método no disponible, no hay oportunidad
- ☐ El método llevaría tiempo/esfuerzo, la oportunidad no es accesible fácilmente
- ☐ Método y oportunidad accesible
- ☐ Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado

14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento

- ☐ No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
- ☐ Inseguro de su coraje, competencia
- ☐ Seguro de su competencia, coraje

15. Expectativas/anticipación de un intento real

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ Incierto, no seguro

IV. REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO

16. Preparación real

- ☐ Ninguna
- ☐ Parcial
- ☐ Completa

17. Notas acerca del suicidio

- ☐ No escribió ninguna nota
- ☐ Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla
- ☐ Completada

18. Preparativos finales ante la anticipación de la muerte

- ☐ Ninguno
- ☐ Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
- ☐ Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

19. Contarías a los demás la idea de quitarte la vida

- ☐ Lo contarías abiertamente
- ☐ Me negaría a contarlo
- ☐ Mentiría el haberlo pensado

V. FACTORES DE FONDO

20. Intentos previos de suicidio

☐ Ninguno

☐ Uno

☐ Mas de uno

21. Intención de morir asociada al ultimo intento

☐ Baja

☐ Alta

☐ Moderada, ambivalente, insegura

CASO N° 1

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Fernando E. A.
Sexo	: Masculino
Edad	: 7 años
Fecha de Nacimiento	: 20/09/2011
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: 1er Grado de Primaria
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católico
Lateralidad	: Diestra
Informante	: La madre y paciente
Lugar de Entrevista	: Centro de Complejidad Creciente Metropolitano EsSalud
Fechas de Evaluación	: 21-28 de Agosto 05-12-19-26 de Septiembre del 2018
Examinadora	: Patricia Chalco Rendon (Bachiller de Psicología)

II. MOTIVO DE CONSULTA

La madre refiere que “Fernando es muy inquieto, no mide peligros”, “se pierde en distintos lugares”, “siempre está en constante movimiento”. Por otro lado la profesora refiere que “presenta problemas en la lectura y escritura”.

III. PROBLEMA ACTUAL

La aparición de los síntomas actuales fueron apareciendo progresivamente, Fernando actúa impulsivamente cuando las cosas no salen como él espera, se torna agresivo y empieza a lanzar los objetos que están a su alcance sin medir el daño que estos podrían ocasionar, siempre está en constante movimiento en el salón de clases, la profesora refiere que “no sigue las

indicaciones que ella asigna y generalmente esta distraído, no copia las tareas, no puede mantener la atención en una tarea larga, cuando se trata de juegos le es muy difícil esperar su turno y a menudo siempre se entromete en los asuntos de sus compañeros.

El problema empezó aproximadamente hace tres años, cuando Fernando se perdía en los centros comerciales, la madre refiere que una vez salieron al mall plaza de compras, en cuanto ella estaba viendo ropa Fernando estaba a su costado de pronto voltio en menos de un minuto y el niño ya no estaba, en seguida fue a seguridad para que den el aviso de la pérdida del niño, después de media hora lo encontraron sentado en una banca, la madre recuerda que el niño estaba tranquilo. En una segunda ocasión cuando Fernando tenía cuatro años se perdió en un mercado, la madre lo tenía sujetado de la mano, se acercó a pagar la cuenta y cuando voltio Fernando ya no estaba, se asustó y empezó a pedir ayuda para encontrar al niño y lo encontraron llorando en un pasillo.

Así mismo presenta problemas relacionados en la escritura como: omisiones, rotaciones y sustituciones de letras, además de presentar el cuaderno sucio y manchado. En cuanto a la lectura esta no es clara, se traba al momento de leer. Por otro lado en casa también se muestra en constante movimiento, su mamá quien pasa toda la tarde con él, refiere que no puede estar sentado más de un minuto porque enseguida se para y empieza a distraerse con lo primero que encuentra. Cuando hace las tareas se aburre fácilmente y no entiende la consigna hasta la tercera vez que se le explica. Cuando asiste al colegio reiteradas veces cruza la pista corriendo sin darse cuenta cuando viene un automóvil. Cuando está en su casa o en casa de algunos familiares se acerca demasiado a los bordes de los techos y gradas, hay una escasa conciencia de peligro. La madre refiere que tiene dificultades para seguir las normas tanto en casa como en el colegio.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

a) Etapa pre-natal

Fernando fue concebido cuando ambos padres tenían 35 años de edad, fue un hijo planificado, sin embargo durante el proceso de gestación dejó de ser deseado por la madre, debido a que recibía constantes maltratos físicos por parte de su pareja, emocionalmente tampoco se sentía bien. A los siete meses la madre tuvo una hemorragia, la cual fue controlada, el proceso de gestación duro nueve meses.

b) Etapa natal

El parto se llevó a cabo en un hospital, en donde se presentaron complicaciones, fue parto inducido, sacaron al niño con fórceps, sus reacciones y reflejos no se dieron con normalidad ya que al momento de nacer tenía la cabeza deforme y los ojos achinados, más adelante le dijeron que tenía “estrabismo”. Demoró en llorar, nació con un peso aproximado de 3.5 kg y una talla de 46cm.

c) Primera infancia

Según indica la madre la lactancia fue hasta alrededor de los dos años, aprendió a controlar los esfínteres dentro de los parámetros cronológicos establecidos.

- **Desarrollo psicomotor**

Empezó a dar sus primeros pasos a la edad de un año aproximadamente, presentaba constantes caídas y era torpe en sus pasos, el control de esfínteres los concretó cerca a los dos años de edad, posee lateralidad diestra y en la actualidad su desarrollo psicomotor es adecuado para su edad.

- **Lenguaje**

Comenzó a balbucear y a imitar sonidos alrededor de los 11 meses, empezando a hablar al año y 10 meses, el idioma en el que se comunica es el castellano, actualmente tiene algunas complicaciones en el lenguaje articulatorio, presentando

rotacismo, omisiones, sustituciones y adiciones de palabras y ciertos problemas en la ortografía como: inversión, adición, sustitución en las palabras.

- **Hábitos higiénicos**

En cuanto a su aseo y vestido personal, aún no logra autonomía; actualmente la madre lo ayuda a bañarse y alistarse, hay descuido y desorden en su habitación, cuadernos y lugares que frecuenta.

- **Sueño**

Durante el transcurso de su vida su sueño ha sido tranquilo y placentero.

- **Rasgos Neuropáticos**

No tuvo problemas en cuanto al control de esfínteres y de sueño, presentó pataletas y rabietas propias de la edad.

d) Etapa pre-escolar y escolar

Fernando empieza asistir al jardín a los tres años de edad, hubo llanto el primer día, al pasar los siguientes días se adaptó satisfactoriamente. La madre es quien lo ayudaba y supervisaba en las tareas.

Ingresa al nivel primario a los seis años, se adaptó rápidamente desde el primer día, siendo un alumno muy movido e inquieto, no presentó problemas de aprendizaje.

e) Desarrollo y función sexual

Empezó a percibir la diferencia de sexo alrededor de los tres años cuando ingreso al nivel inicial, siempre fue dinámico, movido y se llevaba regularmente con sus compañeros.

f) Historia de la recreación y de la vida

Durante su niñez, las salidas en familia no eran frecuentes debido a que su padre no vivía con ellos, se separó de la madre durante el periodo de embarazo, por ende nunca conoció a Fernando. El niño siempre se ha mostrado expansivo con los demás, la madre menciona que desde pequeño se escapaba cuando iban de visita a los centros comerciales y se perdía

cuando iban al parque, algunas veces lo encontraba llorando, otras veces lo encontraba tranquilo. Actualmente en su tiempo libre juega con lo que encuentra, es muy curioso, algunas veces llega a romper sus juguetes y a componerlos el mismo.

g) Antecedentes mórbidos personales

Hepatitis y viruela, tuvo un tratamiento de una semana para el asma y actualmente ya no es un problema para el niño.

Personalidad pre-mórbida

Desde muy pequeño Fernando se mostró movido e inquieto, no media peligros ya que siempre cuando salía de compras con su madre se perdía.

En algunas circunstancias se frustraba cuando algo no le salía bien. Actualmente es un niño movido, expansivo, poco tolerable, le cuesta hacer caso a las indicaciones que su madre le da, no respeta turnos, no tiene claras las normas de convivencia.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

a) Composición familiar

Pertenece a una familia disintegrada con padres separados, la madre tiene 41 años de edad, actualmente trabaja como profesora de Educación Especial, es una persona de carácter rígido y prepotente, es muy estricta en cuanto a las tareas de Fernando, cuando no las cumple como ella espera utiliza el castigo físico. La madre no tiene un vínculo afectivo sólido con el niño ya que no tiene muestras de cariño hacia él. El padre tiene 42 años, nunca tuvo contacto con Fernando y no vive con ellos. Fernando es hijo único, hace un año vivía en casa de los abuelos maternos con su mamá, tíos y primos, pero debido a las molestias que ocasionaba sus familiares optaron por separarlo de casa. Actualmente vive con su madre en un departamento.

b) Condición socioeconómica

Fernando vive en una vivienda alquilada, cuenta con los servicios básicos de luz, agua desagüé, etc. Quien sostiene económicamente el hogar es la madre; trabaja como profesora en un Colegio de Educación Básica Regular.

c) Antecedentes familiares patológicos

En su familia no hay antecedentes de enfermedad hereditaria o psiquiátrica.

VI. RESUMEN

Fernando tiene siete años de edad, fue un hijo planificado, sin embargo a lo largo del periodo de embarazo, dejó de ser deseado por la madre, debido a que su pareja la maltrataba físicamente. El proceso de gestación duró nueve meses, presentó complicaciones en el proceso de parto; al momento de nacer tenía la cabeza deforme y los ojos achinados, esto debido a que fue extraído con fórceps, más adelante le dijeron que tenía “Estrabismo” problema en los ojos el cual no le permite desarrollar por completo el potencial de su vista.

Su desarrollo lingüístico tuvo un retraso ya que empezó a hablar al año y diez meses. Actualmente tiene complicaciones en el lenguaje articulatorio, presentado rotacismo, omisiones, sustituciones y adición de letras.

En cuanto a su aseo, vestido personal y hábitos alimenticios aún no logra autonomía, la madre es quien lo ayuda a bañarse, alistarse y a alimentarse.

Durante su niñez las salidas en familia no eran frecuentes debido a que su padre no vive con ellos, los abandonó antes que Fernando naciera, sin embargo cuando salía a los centros comerciales o al parque con su madre, siempre terminaba perdido, algunas veces lo encontraba tranquilo y otras veces llorando.

En la etapa pre-escolar ingresó al jardín a los tres años de edad, no presentó problemas de adaptación, en casa era la madre quien se encargaba de apoyarlo con las tareas. Actualmente está en primer grado de primaria, se muestra inquieto y muy movido, su rendimiento académico

es regular, presenta dificultades en la escritura como: rotaciones, sustituciones, omisiones, etc. Fernando es un niño movido, no mide peligros, cuando sale de casa cruza la pista inesperadamente, de igual manera se acerca demasiado a los bordes de los techos. Actúa de manera impulsiva cuando algo no sale como él espera, tornándose agresivo y lanzando lo primero que encuentra sin darse cuenta del daño que esto podría ocasionar. No respeta turnos cuando están jugando en el recreo, de igual forma no respeta turnos cuando la profesora da las indicaciones. No tiene claras las normas de convivencia.

Actualmente solo vive con la madre quien trabaja como docente en un centro de Educación Básica regular, siendo ella la que sostiene económicamente los gastos en casa, ella es de carácter rígido y prepotente, es muy exigente con Fernando en cuanto a las tareas, cuando no le hace caso usa el castigo físico.

Patricia Chalco Rendon
Bachiller de Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	: Fernando E. A.
Sexo	: Masculino
Edad	: 7 años
Fecha de Nacimiento	: 20/09/2011
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: 1er Grado de Primaria
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católico
Lateralidad	: Diestra
Informante	: La madre y el paciente
Lugar de Entrevista	: Centro de Complejidad Creciente Metropolitano EsSalud
Fechas de evaluación	: 21-28 de Agosto 05-12-19-26 de Septiembre del 2018
Examinador	: Patricia Chalco Rendón - Bachiller de Psicología

II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

▪ Apariencia General y Actitud Psicomotora

El niño aparenta la edad que tiene, siete años; de cabello café claro, ojos negros grandes, tez clara, contextura delgada y estatura promedio. Se le observa ansioso al momento de realizar las actividades. Fernando se muestra poco aseado y ordenado en su forma de vestir y arreglo personal.

Muestra coordinación en sus movimientos finos, no presenta movimientos involuntarios ni estereotipados.

▪ Actitud hacia el examinador y hacia el examen

Su actitud vario, por momentos colaboraba y en otras ocasiones no, se muestra muy conversador al inicio de la sesión. Durante las evaluaciones se movía de un lugar a otro, se subía a las sillas y tocaba los objetos sin permiso, se le observa ansioso y por momentos dubitativos, empieza a jugar con los dedos de su mano. En cuanto al lenguaje no verbal este era acorde al verbal y reflejaba su estado de ánimo.

III. ATENCION, CONCIENCIA Y ORIENTACION.

▪ Atención

Fernando escucha las indicaciones, sin embargo las entiende en una segunda o tercera vez, no posee una capacidad de concentración y discriminación adecuada para su edad, la atención involuntaria predomina y se dio de una manera notable durante las evaluaciones, ya que se paraba constantemente para correr por el consultorio.

▪ Conciencia

Fernando tiene conocimiento de sí mismo, de su esquema e imagen corporal, sin embargo, su estado de alerta se encuentra muy disminuido. Pudo mantener la conversación, sin embargo, por momentos, no parecía estar presente, respondió a las preguntas sencillas que se le formulaban.

▪ Orientación

El niño se encuentra orientado en tiempo, espacio, y lugar, se reconoce a sí mismo y reconoce a la examinadora.

IV. LENGUAJE

El lenguaje comprensivo es coherente, muestra un tono de voz regular. El lenguaje articulatorio tiene ciertas variaciones como: rotaciones, omisiones y adición de palabras.

V. PENSAMIENTO

En cuanto al curso del pensamiento es apropiado, de contenido coherente, razonando de acuerdo a la realidad.

VI. MEMORIA

Fernando presenta alteración en su memoria a largo y corto plazo ya que no recuerda adecuadamente circunstancias del día y de años anteriores.

VII. FUNCIONES INTELECTUALES

Fernando no presenta alteración en sus funciones intelectuales

VIII. FUNCIONES SENSITIVAS Y PERCEPTIVAS

Fernando conserva adecuadamente sus sentidos: tacto, olfato, gusto y audición, no se encontraron alteraciones de ningún tipo en sus funciones sensitivas, a excepción de la vista ya que presenta “Estrabismo” un problema que no permite que desarrolle toda su potencial visual. Así mismo no refiere haber percibido en algún momento estímulos u objetos extraños o que no existan, no presenta ningún tipo de ilusiones ni alucinaciones.

IX. AFECTIVIDAD Y ESTADO

Fernando no presenta alteraciones en la afectividad, se le observa con un estado de ánimo generalmente eufórico y alegre. Por momentos muestra desgano al realizar las pruebas, echándose en la mesa, dejando caer la cabeza sobre esta.

X. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

El niño no tiene conciencia parcial de la enfermedad.

XI. RESUMEN

Fernando aparenta la edad que tiene es de estatura promedio, cabello claro, ojos grandes, tez clara y contextura delgada. Se muestra poco aseado en su forma de vestir y arreglo personal.

Durante las evaluaciones se movía de un lugar a otro, subiéndose a la silla y tocando los objetos sin permiso, se le observaba ansioso.

No existe alteración en sus funciones psíquicas superiores, se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona. Respecto a la memoria presenta alteración tanto a largo como a corto plazo.

Sus funciones intelectuales se conservan con normalidad. Las funciones senso-perceptivas,

táctiles, auditivas y olfativas se encuentran en óptimo estado, a excepción de la vista, ya que tiene Estrabismo, problema que no permite que desarrolle todo su potencial visual. No posee capacidad de concentración y discriminación, la atención involuntaria predomina y se dio de una manera notoria durante las evaluaciones.

El lenguaje comprensivo se encuentra conservado, el lenguaje articulatorio presenta dificultades como rotacismo, sustitución y adición de letras, no presenta alteraciones en el pensamiento. De estado de ánimo generalmente eufórico y alegre.

Patricia Chalco Rendon
Bachiller de Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Fernando E. A.
Sexo	: Masculino
Edad	: 7 años
Fecha de Nacimiento	: 20/09/2011
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: 1er Grado de Primaria
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católico
Lateralidad	: Diestra
Informante	: La madre y el paciente
Lugar de Entrevista	: Centro de Complejidad Creciente Metropolitano EsSalud
Fechas de evaluación	: 21-28 de Agosto 05-12-19-26 de Septiembre del 2018
Examinador	: Patricia Chalco Rendón - Bachiller de Psicología

II. OBSERVACION DE LA CONDUCTA

La actitud de Fernando variaba, en algunas ocasiones se mostraba colaborador y en otras ocasiones no, se muestra muy conversador al inicio de la sesión, durante las evaluaciones se movía de un lugar a otro, se subía a la silla y tocaba las cosas sin permiso. Durante la ejecución de las pruebas, se mostraba distraído, ocasionalmente ansioso, ensuciando con el sudor de sus manos las pruebas. Tenía un tono de voz regular. En algunas ocasiones se le daba la indicación por tercera vez para que logrará comprender.

III. PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicológicas

1. Test Gestáltico Visomotor para Niños - **BENDER**

2. Test de Matrices Progresivas – **RAVEN**

3. Escala para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad - **EDAH**

4. Test de Análisis de Lectoescritura - **TALE**

5. Escala de Maduración Social - **VINELAND**

6. Test de La Familia – **Louis Corman**

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

- **MADUREZ VISOPERCEPTUAL**

Análisis Cuantitativo

TIPO DE ERROR	FIGURA
DISTORSION	A – 7
ROTACION	
INTEGRACION	3 – 8
PERSEVERACION	
TOTAL	4

Análisis Cualitativo

Actualmente presenta un Nivel de madurez inferior de acuerdo a su edad cronológica, correspondiendo a un nivel de un niño de 5 años 4 meses. Respecto a su escolaridad presenta un nivel madurativo inferior correspondiente a un nivel inicial.

Fernando presenta indicadores altamente significativos (2 integraciones) y no significativos (2 distorsiones) por lo cual presenta incidencia de indicadores de lesión cerebral.

Es un niño inquieto, ansioso, con poca capacidad de concentración y una percepción visomotora inmadura.

- ***COEFICIENTE INTELECTUAL***

Análisis Cuantitativo

Total Aciertos	16
Percentil	50
Rango	Término Medio

Análisis Cualitativo

Obtuvo un puntaje bruto de 16 respuestas correctas; así mismo, el nivel de discrepancia alcanzado, permite admitir como consistentes los resultados. En tal sentido, obtuvo un percentil de 50, el cual corresponde al rango II y a una capacidad intelectual Término Medio.

- ***ESCALA DE EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD – EDAH***

Análisis Cuantitativo

Sub test	Puntaje Bruto	Puntaje Estándar		Percentil	Categoría
Hiperactividad	22	11		63	Riesgo elevado
Inatención	20	10		50	Riesgo moderado
Impulsividad	16	12		75	Riesgo moderado
TOTAL	58	33		106	Promedio

Análisis Cualitativo

Fernando presenta un cociente TDAH de 106, con una categoría *Promedio*, con riesgo elevado a la Hiperactividad y riesgo moderado a la Inatención e Impulsividad; que puede deberse a la falta de control adecuado de comportamiento, las normas de disciplina y convivencia.

✓ **Sub test Hiperactividad:** Obtiene un puntaje estándar de 11, con una categoría de nivel *Riesgo elevado*, presentando cuatro indicadores de cinco:

1. A menudo mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento
2. A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
3. A menudo corre o salta excesivamente e situaciones en que es inapropiado hacerlo (es posible que los adolescentes y los adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
4. A menudo habla en exceso

✓ **Sub test Inatención:** Obtiene un puntaje estándar de 10, con una categoría de nivel *Riesgo Moderado*, presentando cinco indicadores de ocho:

1. A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o en juegos
2. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
3. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamientos negativistas o a incapacidad para comprender instrucciones).
4. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades
5. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

✓ **Sub test Impulsividad:** Obtiene un puntaje estándar de 12, con una categoría de nivel *Riesgo moderado*, presentando dos indicadores de tres:

1. A menudo tiene dificultades para guardar turno
2. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (ej., se entromete en conversaciones o juegos)

- ***LENGUAJE***

- ✓ **LECTURA**

Análisis Cuantitativo

LETRAS	7
SILABAS	3
PALABRAS	3
COMPRESION LECTORA	5

Análisis Cualitativo

Nivel lector: Lee sílaba directa, indirecta y fono grafema es decir se encuentra en un primer nivel lector. Su vocabulario es reducido además de presentar dificultades de memorización.

Tipo de lectura: Silábica vacilante.

Calidad de la lectura: Bradiléxica y a la vez diprosódica, es decir Fernando presenta una lectura muy lenta, y además no lee fluido, por lo tanto no respeta turnos, ni signos de puntuación y existe mala interpretación.

Comprensión lectora: Es de tipo inferencial, ya que saca sus propias conclusiones para poder responder las preguntas dadas.

✓ ESCRITURA

Análisis Cuantitativo

GRAFISMO	7
ORTOGRAFIA (COPIA)	4
ORTOGRAFIA (DICTADO)	6
ESCRITUR ESPONTANEA	3

Análisis Cualitativo

La caligrafía del niño es deficiente, siendo el ritmo de la copia lento, predominando errores como inversión, adición, sustitución y omisión. La ejecución es lenta, los trazos de la escritura que debieran ser rectos aparecen curvos, los lazos son demasiados cerrados, su letra es mal diferenciada con letras imperfectas, el tamaño es irregular además de omitir signos de puntuación: tilde, acentos y puntos, su grafía presenta soldaduras, el espacio entre letra y letra de una misma palabra aparece irregular a veces demasiado pegada y a veces separada.

•MADUREZ SOCIAL

Fernando presenta una edad social entre los 5 años y 5 años y medio.

En la escala de **ocupación** hace uso práctico de herramientas simples y utensilios.

En cuanto a la escala de **comunicación**, no logra usar de forma independiente o efectiva material instrucciones simples para su propio entendimiento y distracción.

En la escala de **capacidad para comer por sí mismo**, necesita alguna ayuda para satisfacer sus necesidades en la mesa.

En la escala de **hábitos e higiene** no consigue bañarse solo, ni realizar el ritual de preparación antes del baño ni después del mismo, aún lo ayudan a vestirse.

•**AREA SOCIOEMOCIONAL**

Proyectivamente no tiene consideración por el padre con quien no existe mayor vínculo afectivo, expresa un vínculo muy cercano con la madre por la cual siente admiración y afecto. Expresa miedo a la separación y necesidad de asegurar su proximidad a la familia. Fernando presenta sentimientos de inseguridad y desconfianza. Con capacidad de adaptación y sociabilidad. Tiende a ser de carácter expansivo y explosivo, con ciertos rasgos de agresividad e impulsividad.

Presenta conflictos emocionales internos relacionados con patrones educativos con dificultades para concentrarse, poco tolerante a la frustración, tendencia a la rebeldía, inconformidad y emotividad.

V. RESUMEN

Fernando presenta un nivel de madurez viso perceptual inferior a su edad cronológica correspondiente a un nivel inicial, presenta incidencia de indicadores de lesión cerebral. Posee un C.I. correspondiente a un nivel Normal Promedio.

En cuanto al área del lenguaje; su vocabulario es reducido además de tener dificultades en la memorización de palabras, presenta una lectura muy lenta y no lee fluido, por lo tanto no respeta signos de puntuación y existe mala interpretación ya que saca sus propias conclusiones.

En cuanto a la escritura, su caligrafía es deficiente, su letra es de tamaño irregular, el espacio entre letra y letra de una misma palabra aparece irregular a veces demasiado pegada y a veces muy separada, predominan errores como inversión, adición, sustitución y omisión de letras; además de omitir signos de puntuación: tilde, acentos y puntos.

Así mismo Fernando presenta conductas elevadas de hiperactividad, evidenciando cuatro indicadores de los cinco como son: A menudo mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento. A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que

permanezca sentado. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo. A menudo habla en exceso.

Así también presenta cinco de ocho indicadores de inatención como son:

A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o en juegos. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

Y finalmente presenta dos de tres indicadores de impulsividad como son: A menudo tiene dificultades para guardar su turno. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

Presenta una madurez social Normal Inferior, aún no logra bañarse sin ayuda, de igual manera no logra vestirse, ni alimentarse si no es con ayuda.

Fernando tiende a ser de carácter expansivo y explosivo, con ciertos rasgos de agresividad e impulsividad, ya que cuando las cosas no salen como él espera empieza a lanzar los objetos que encuentra sin medir el daño que estos pueden ocasionar.

Así mismo presenta conflictos emocionales internos relacionados con patrones educativos con dificultades para concentrarse, poco tolerante a la frustración, tendencia a la rebeldía, inconformidad y emotividad.

Patricia Chalco Rendon
Bachiller de Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	: Fernando E. A.
Sexo	: Masculino
Edad	: 7 años
Fecha de Nacimiento	: 20/09/2011
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: 1er Grado de Primaria
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católico
Lateralidad	: Diestra
Informante(s)	: La madre y el paciente
Lugar de Entrevista	: Centro de Complejidad Creciente Metropolitano EsSalud
Fechas de Evaluación	: 21-28 de Agosto 05-12-19-26 de Septiembre del 2018
Examinador	: Patricia Chalco Rendon Bachiller de Psicología

II. MOTIVO DE CONSULTA

La madre refiere que “Fernando es muy inquieto, no mide peligros”, “se pierde en distintos lugares”, “siempre está en constante movimiento”. Por otro lado la profesora refiere que “presenta problemas en la lectura y escritura”.

III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Fernando de siete años de edad proviene de un embarazo planificado, sin embargo al transcurrir los meses dejo de ser deseado por la madre, debido a que su pareja la maltrataba físicamente. El embarazo tuvo una duración de nueve meses, presentándose una hemorragia la cual fue controlada a tiempo.

Presentó complicaciones durante el parto; nació con la cabeza deformada y los ojos achinados debido a que fue extraído con fórceps, más adelante le dijeron que tenía “Estrabismo” problema que no le permite desarrollar por completo su potencial visual. Su peso y talla estuvieron dentro de los parámetros establecidos.

Posterior a ello su desarrollo psicomotor se dio dentro de lo establecido, pese a esto presentó constantes caídas y movimientos torpes al dar sus primeros pasos y al correr. Actualmente su desarrollo psicomotor es adecuado para su edad.

Su desarrollo lingüístico se dio con retraso, ya que empezó a balbucear a los once meses y habló al año y diez meses. Actualmente tiene complicaciones en el lenguaje articulatorio, presentado rotacismo, omisiones, sustituciones y adición de letras.

En cuanto a su aseo, vestido personal y hábitos alimenticios aún no logra autonomía, la madre es quien lo ayuda a bañarse, alistarse y alimentarse. Tuvo enfermedades como hepatitis y viruela, además de seguir un tratamiento para el asma, del cual ya se recuperó totalmente.

Las salidas en familia no han sido frecuentes debido a que el padre no vive con ellos, los abandonó antes que Fernando naciera. Las veces que salía a los centros comerciales o al parque con su madre siempre terminaba perdido, algunas veces lo encontraba tranquilo y otras veces llorando.

En la etapa pre-escolar ingresó al jardín a los tres años de edad, no presentó problemas de adaptación pese a esto los primeros días hubo llanto pero al pasar los días se mostraba movido y se desenvolvía socialmente con sus compañeros, en casa era la madre quien se encargaba de apoyarlo con las tareas. En la etapa escolar no tuvo problemas de adaptación, actualmente está en primer grado de primaria, se muestra inquieto y muy movido, su rendimiento académico es regular, presenta dificultades en el lenguaje articulatorio como: rotaciones, sustituciones, omisiones, etc. al igual que en la escritura. Fernando es un niño movido y sociable con los demás, no mide peligros ya que cuando sale de casa cruza la pista inesperadamente, de igual

manera se acerca demasiado a los bordes de los techos de las casas que frecuenta. Actúa de manera impulsiva cuando algo no sale como él espera, tornándose agresivo y lanzando lo primero que encuentra sin darse cuenta del daño que esto podría ocasionar. No respeta turnos cuando están en el recreo jugando ni cuando la profesora da las indicaciones. No tiene claras las normas de convivencia.

Actualmente solo vive con la madre quien sostiene económicamente los gastos en casa, ella es de carácter rígido y prepotente, es muy exigente con Fernando en cuanto a las tareas, cuando no le hace caso usa el castigo físico.

IV. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

El niño aparenta la edad que tiene, es de contextura delgada, estatura promedio de cabello claro, ojos grandes y tez clara,. Se le observa inquieto al momento de realizar las pruebas. Fernando se muestra poco aseado y ordenado en su forma de vestir y arreglo personal.

Muestra coordinación en sus movimientos finos, no presenta movimientos involuntarios ni estereotipados.

La actitud de Fernando variaba, en algunas ocasiones se mostraba colaborador y en otras no, se movía de un lugar a otro, se subía a la silla y tocaba los objetos sin permiso. Durante la ejecución de las pruebas se mostraba distraído y ocasionalmente ansioso ensuciando con el sudor de sus manos las pruebas Tenía un tono de voz regular. En algunas ocasiones se le daba la indicación por tercera vez para que logrará entender.

V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas

1. Test Gestáltico Visomotor para Niños - **BENDER**
2. Test de Matrices Progresivas – **RAVEN**
3. Escala para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad - **EDAH**
4. Test de Análisis de Lectoescritura - **TALE**
5. Escala de Maduración Social - **VINELAND**
6. Test de La Familia – **Louis Corman**

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a la entrevista y evaluaciones, estas indicarían que Fernando posee un C.I. correspondiente a un nivel Normal Promedio. Presenta una madurez viso perceptual inferior a su edad, correspondiente a un nivel inicial, presentando incidencia de indicadores de lesión cerebral.

En el colegio la profesora manifiesta que presenta una lectura muy lenta, además de no leer fluido, por lo tanto no respeta signos de puntuación y existe mala interpretación, su vocabulario es reducido. Su escritura es deficiente, siendo su letra de tamaño irregular, predominando errores como adición, sustitución y omisión de letras. Además de omitir signos de puntuación como: tilde, acentos y puntos.

Así mismo Fernando presenta rasgos elevados de hiperactividad, evidenciando los cinco indicadores como: 1. Mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento, 2. Abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado, 3. Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo, 5. Habla en exceso. Así también presenta cinco de los ocho indicadores de inatención como: 1. Tener dificultad para mantener la atención en tareas o en juegos, 2. Parece no escuchar cuando se le habla directamente, 3. No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones, 4. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades, 5. Se distrae fácilmente por estímulos

irrelevantes. Finalmente presenta dos de tres indicadores de impulsividad: 1. Tiene dificultades para guardar su turno, 2. Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros. Tiene una madurez social Normal Inferior a sus edad, aún no logra bañarse sin ayuda, de igual manera no logra vestirse, ni alimentarse si no es con ayuda. No tiene consideración por el padre con quien no existe mayor vínculo afectivo, ya que no lo conoce. Expresa un vínculo muy cercano con la madre por la cual siente admiración y afecto, esto debido a que es la persona más cercana y con quien pasa más tiempo. Expresa miedo a la separación y necesidad de asegurar su proximidad a la familia. Tiende a ser de carácter expansivo y explosivo, con ciertos rasgos de agresividad e impulsividad, ya que cuando las cosas no salen como él espera empieza a lanzar los objetos que encuentra sin medir el daño que estos podrían ocasionar. Así mismo presenta conflictos emocionales internos relacionados con patrones educativos con dificultades para concentrarse, poco tolerante a la frustración, tendencia a la rebeldía, inconformidad y emotividad.

VII. DIAGNÓSTICO

Según la observación, entrevista y teniendo en cuenta los resultados del proceso de evaluación se puede apreciar que el niño tiene dificultad para prestar y mantener atención, debido a que se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes. Fernando aún no logra su autonomía en cuanto al aseo personal y alimentación, debido a que la madre es quien se encarga de esto. Se encuentra inestable emocionalmente debido a que no hay un soporte familiar adecuado y debido al autoritarismo de la madre que influye de manera negativa en su comportamiento, haciendo que el niño sea inquieto y no respete las normas que se le imparte, por otro lado, actúa de manera impulsiva cuando las cosas no salen como él espera.

VIII. PRONÓSTICO

Favorable, ya que, si se brinda la ayuda y el apoyo requerido junto al respectivo tratamiento, el niño podrá mejorar notablemente su calidad de vida

IX. RECOMENDACIONES

- Evaluación neuropsicológica exhaustiva
- Pasar por una evaluación con el neuropediatra
- Brindar orientación y consejería a la madre
- Poner mucho énfasis en el aspecto organizativo; enseñar al niño a planificar antes de actuar (desde cosas simples como preparar “todo el material necesario” antes de iniciar una tarea).
- Sentar al niño en un lugar en el que puedan tenerlo vigilado, que esté lejos de las distracciones, de las ventanas, y junto a compañeros en los que se pueda apoyar para copiar o completar las tareas
- Mirarlo a los ojos para comunicarle las cosas y asegurarse que lo ha entendido bien
- Elaborar un calendario y lista de actividades, tareas y exámenes tan predecible como sea posible, que esté colocado en algún lugar donde lo tenga visible o pegado en su pupitre

Patricia Chalco Rendon
Bachiller de Psicología

PLAN PSICOTERAPEUTICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	: Fernando E. A.
Sexo	: Masculino
Edad	: 7 años
Fecha de Nacimiento	: 20/09/2011
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: 1er Grado de Primaria
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católico
Lateralidad	: Diestra
Informante	: La madre y el paciente
Lugar de Entrevista	: Centro de Complejidad Creciente Metropolitano EsSalud
Fechas de evaluación	: 21-28 de Agosto 05-12-19-26 de Septiembre del 2018
Examinador	: Patricia Chalco Rendón - Bachiller de Psicología

II. METAS A CORTO PLAZO

- Ampliar en el niño los tiempos de atención sostenida, por medio de la enseñanza de actividades que promuevan esta conducta (laberintos, rompecabezas)

III. METAS A LARGO PLAZO

- Incrementar su autocontrol emocional y conductual por medio del entrenamiento de habilidades para descifrar instrucciones escritas
- Incrementar conductas que ayuden a relacionarse de manera satisfactoria con su entorno y con esto mejorar su adaptación social

IV. DESARROLLO DE LAS TECNICAS PSICOTERAPEUTICAS

SESION 01	RELAJACION
OBJETIVOS	Propiciar en la madre una relajación profunda
MATERIALES	Música de relajación
DESARROLLO	La madre deberá acudir a la sesión vistiendo ropa cómoda, se llevará a cabo las tres fases de la técnica y se ayudará de música instrumental. La madre realizará ejercicios de respiración y relajación muscular paso a paso.
TIEMPO	30 minutos

SESION 02	AUTOCONTROL
OBJETIVOS	Desarrollar en la madre el manejo de sus impulsos y control de ira
MATERIALES	Ficha de autocontrol
DESARROLLO	<p>En esta sesión trabajaremos el autocontrol de la madre, enseñándole la detección de pensamientos negativos, auto instrucciones y control de ira.</p> <p>Consistirá en modificar el dialogo interno de la persona para facilitar el afrontamiento de una determinada situación o acontecimiento que ocasione estrés.</p> <p>Se trabajara las técnicas en sesión de tal manera que la madre pueda poder incorporar los ejercicios en su vida diaria</p>
TIEMPO	45 minutos

SESION 03	HABILIDADES PARENTALES
OBJETIVOS	Enseñar a la madre las habilidades parentales básicas
MATERIALES	
DESARROLLO	Se analizará el entrenamiento en habilidades básicas parentales, técnicas operantes y manejo de contingencias para la madre del menor enseñando el uso de la disciplina, el uso adecuado de reforzadores positivos y manejo eficaz de contingencias para fortalecer conductas deseadas y reducir las desadaptativas. En esta sesión se pone en marcha la negociación de la economía de fichas para lograr conductas positivas al menor.
TIEMPO	50 minutos

SESION 04	APRENDIENDO A COMUNICARME
OBJETIVOS	Desarrollar en el niño la habilidad de la comunicación
MATERIALES	Fichas de recordatorio
DESARROLLO	En esta sesión se dará el entrenamiento en técnicas de comunicación y negociación al niño. Se le entregará a la madre un recordatorio de apoyo para padres sobre las normas en el entorno familiar para que haya una mejor interacción familiar en su hogar. Ya que la madre se frustra fácilmente
TIEMPO	40 minutos

SESION 05	NORMAS DE CONVIVENCIA
OBJETIVOS	Desarrollar en el niño y en la madre las normas de convivencia tanto dentro del hogar y colegio
MATERIALES	Ficha de comportamiento
DESARROLLO	En esta sesión se le enseña la niño las normas de convivencia básicas, de igual manera la madre se compromete a cumplir las normas de convivencia, evitando peleas y solucionando los conflictos eficazmente, valorando los esfuerzos del niño con carácter afectivo y halagos para que el menor se sienta reforzado. Desde esa semana, ambos acudirán los dos juntos a realizar actividades físicas donde puedan descargar la tensión que viven ambos. Para controlar el comportamiento en clase, el niño llevara a casa diariamente una copia del registro de su comportamiento en clase completado por los profesores del día
TIEMPO	45 minutos

SESION 06	HABILIDADES SOCIALES
OBJETIVOS	Desarrollar en el niño habilidades sociales
MATERIALES	Fichas de contingencia
DESARROLLO	Se dará el entrenamiento en habilidades sociales enfatizando en la asertividad, comunicación. Para llevar a cabo este tratamiento se utilizarán técnicas y actividades de varios programas, para obtener un resultado adaptado a su edad y necesidades, obteniendo. Economía de fichas lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, hace deberes
TIEMPO	45 minutos

SESION 07	MEJORANDO LA ATENCION
OBJETIVOS	Mejorar la atención del niño
MATERIALES	Rompecabezas Objetos
DESARROLLO	Se reunirá una gran cantidad de objetos con características diferentes de color tamaño y forma, lo que hará el niño es clasificar los objetos presentados según las características de los grupos de objetos y desarrolle su concentración. De igual manera se trabajará con rompecabezas.
TIEMPO	45 minutos

IV. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El tratamiento psicoterapéutico tendrá una duración de siete sesiones de 30 a 45 minutos cada una, para lo cual se necesitará el tiempo de siete semanas aproximadamente para llevar a cabo el desarrollo de la misma.

Patricia Chalco Rendon
Bachiller de Psicología

PRUEBAS PSICOLÓGICAS

ANEXOS

TEST DE ANALISIS DE LECTURA Y ESCRITURA
(T.A.L.E.)

REGISTRO DE LECTURA

Apellidos: Encalada Astegui Nombre: Fernanda

Curso: lectivo Edad: 6 Fecha de administración:

Administrador de la prueba: Patricia Chalco Rondón (Interna de Psicología)

LECTURA PALABRAS

Palabra	Lectura	Error	Palabra	Lectura	Error
Mamá	/		Montaña	/	
nene	/		dragón	drao	
cama	/		escalera	/	
abuelo	adulto		bruja	druga	
rana	/		zapato	/	
col	/		opasto	/	
afe	/		tierra	/	
patata	/		gitano	/	
leche	/		iraptavale	irapo	
padre	/		armario	/	
flor	/		sangre	/	
corona	/		juego	/	
bolsa	cholsa		escuela	/	
balcón	daleu		reloj	/	
nunca	/		escribir	/	
clavel	/		esponja	/	
anglicano	/		albañil	alldemil	
tapic	/		máquina	/	
ayer	/		mercromina	/	
verano	/		primavera	primavara	
pincel	/		rastapi	/	
cocina	/		empezar	/	
barriga	dauye		mediodía	/	
hombre	/		adjetivo	/	
domingo	-		fraglame	/	

Tiempo: 3'

Observaciones:

LECTURA LETRAS

	Lectura	Error		Lectura	Error		Lectura	Error		Lectura	Error
J		je	j			K		que	k		que
F		fe	f			Ñ	✓		ñ		ñe
D	✓		d			C		ca	c		ca
H	✓		h			A	✓		a		a
S		ce	s			RR		rra	rr		rr
G	✓		g			Y		yi	y		y
O	✓		o			E	✓		e		e
LL		ye	ll			N	✓		n		n
W		gu	w			I	✓		i		i
L	✓	gu	l			X		giot	x		xis
CH		ache	ch			R		ene	r		ene
T	✓		t			U	✓		u		u
B	✓		b			P	✓		p		p
M	✓		m			Z	✓		z		z
V		be	v			Q		que	q		q

Tiempo: 4'

Observaciones:

LECTURA SILABAS

	Lectura	Error		Lectura	Error
pla	✓		bla		tha
op	✓		bor		tor
ac	✓		ib		id
cre	✓		dri	✓	
gli	✓		ed	✓	
os	✓		gro	✓	
lu	✓		op	✓	
tar	✓		pru	✓	
din	✓		at	✓	
tro	✓		bra		tra

Tiempo: 1' 20"

Observaciones:

COPIA

oc	oc	dal	da	BLE	ble
cre	cre	bro	bro	OP	op
gli	gli	en	en	DRI	dri
tar	tar	pir	pir	AN	an
pla	pla	aso	aso	ZE	ze

patata	patata	lirio	lirio	DOMINGO	domingo
barriga	barriga	ocho	ocho	RASTAPI	rastapi
máquina	maquina	globo	globo	DROMEDARIO	dromedario
plato	plato	blusa	blusa	BIBLIOTECA	biblioteca
chocolate	chocolate	mármol	mármol	HIERBA	hierba

las niñas van al campo ~~las niñas van al campo~~

En la biblioteca del colegio hay muchos libros

~~En la biblioteca del colegio hay muchos libros~~

En los principales suburbios de la ciudad se encuentran casas deshabitadas

~~En los principales suburbios de la ciudad se encuentran
casas deshabitadas~~

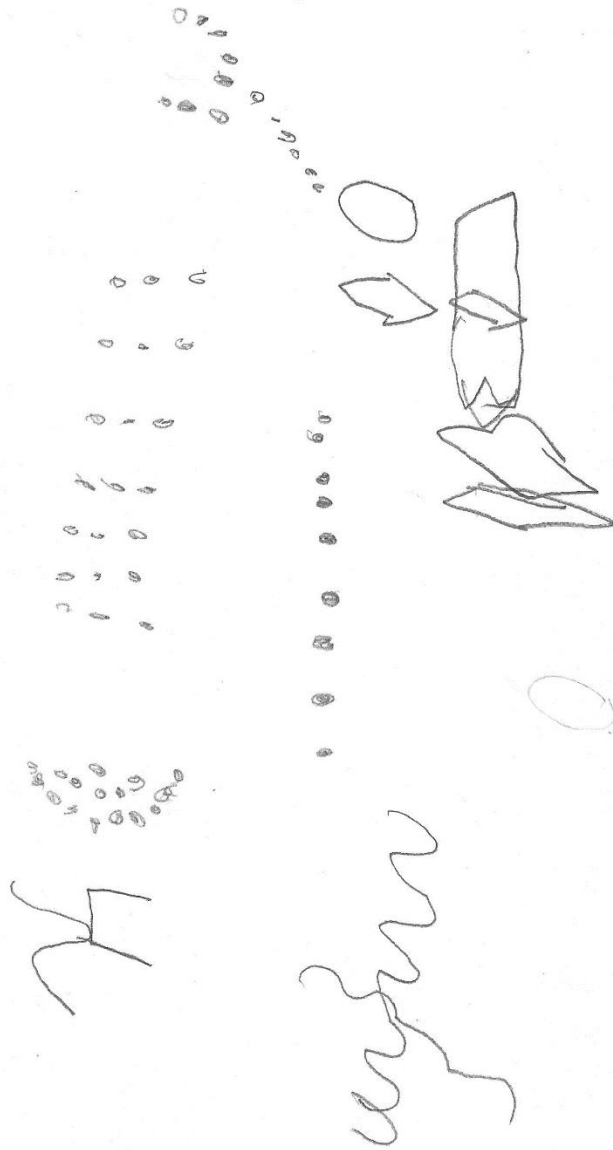
Tiempo:

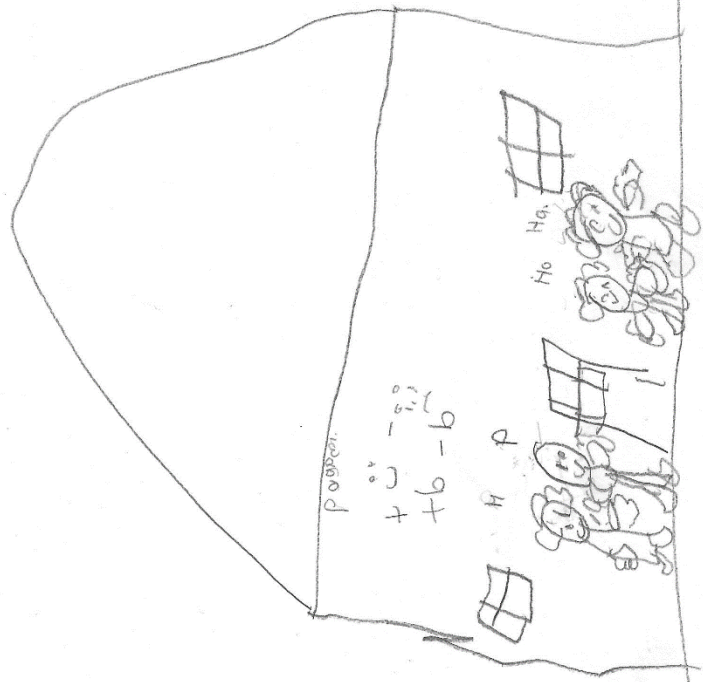
DICTADO

Estos misceláneos.

Recomendamos como los lemos
en la patología de la ta.

Tiempo: 2.40'





CASO 2

ESTUDIO DE CASO
HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

ANAMNESIS

1. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombre y Apellidos** : Sandra S.T.
- **Edad** : 24 años.
- **Fecha De Nacimiento** : 15 de Enero de 1994.
- **Lugar De Nacimiento** : Ilo.
- **Grado De Instrucción** : Superior completa.
- **Ocupación** : Ingeniera Ambiental.
- **Religión** : Católica.
- **Lateralidad** : Diestra.
- **Dirección Actual** : Calle Mirave 315.
- **Informante** : La evaluada.
La madre.
- **Fechas de consulta** : 06/04/18 – 13/04/18 – 20/04/18
03/05/18 – 11/05/18
- **Examinado por la Bachiller** : Kathleen Patricia Rojas Rojas.

2. MOTIVO DE CONSULTA

Sandra manifiesta sentirse triste, preocupada y con sentimientos de abatimiento debido a las constantes discusiones que tienen sus padres por la llegada de su media hermana (por parte de papá) quien, según manifiesta, ha convertido el ambiente familiar en algo “hostil”, asegura no llevarse bien con ella incluso desde antes de que viniera a vivir a su casa. Se siente irritable,

colérica y le cuesta conciliar el sueño, en reiteradas ocasiones ha manifestado sentir opresión en el pecho y desesperación, además de angustia constante.

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

El problema empezó desde el mes de Noviembre del año 2017, la paciente refiere que la llegada de su medio hermana, Adela, fue el detonante para su familia, los cinco meses que llevan viviendo juntos han sido insufribles para Sandra, ya que las discusiones son constantes en su hogar, no solo con su medio hermana, sino con su padre y su madre también; cuenta que no tolera la “mala actitud” de Adela y lo permisivos que son sus padres con ella, siente que no la comprenden y que es “la única en darse cuenta de que las cosas no marchan bien”. La evaluada ha discutido de forma verbal e incluso física con su medio hermana, la cual es dos años mayor y quien perdió a su madre víctima de Cáncer, por eso mismo es que el padre de ambas lleva a Adela a vivir con ellos.

Los síntomas actuales fueron apareciendo progresivamente, Sandra se torna agresiva y actúa impulsivamente cuando las cosas no salen como ella espera, tiene muy poca tolerancia a la frustración, suele discutir constantemente con Adela, además de que ella misma refiere que la comunicación con sus padres ahora es “mala”. En momentos de desesperación siente dolor en el pecho, angustia, agitación y palpitaciones, le cuesta conciliar el sueño y la concentración en su trabajo se ve afectada. Insiste mucho en la idea de querer huir de su casa para poder alejarse de ese ambiente. La paciente refiere que a lo largo de su vida se ha visto en contadas ocasiones con su medio hermana, ya que al ser de madres diferentes no había mucha cercanía y su padre nunca se encargó de unirlos, refiere que la mamá de Adela era “reacia” y que prefería mantener a su hija apartada de su padre.

Un acontecimiento importante en la vida de Sandra es que a los 17 años volvía a su casa de una fiesta con copas de más y su padre le gritó, ella se enfureció así que no pudo contener su enojo

y cogió la máquina de afeitar de su padre intentando conseguir las cuchillas para así cortarse las venas, lo cual hizo pero sin profundizar, además se causó cortes en la boca al sacarlas. Al cabo de cuatro días después volvió a tomar llegando de nuevo en las mismas condiciones a su casa, lo cual causó nuevamente molestia entre sus padres ya que ella siendo menor de edad no podía tomar bebidas alcohólicas.

4. ANTECEDENTES PERSONALES

4.1.PERIODO DEL DESARROLLO

▪ ETAPA PRE-NATAL

Durante su nacimiento no hubo ningún tipo de complicación, la madre recibió estimulación pre-natal, los padres de Sandra se casaron a los seis meses del embarazo y cabe recalcar que sus padres convivían desde antes de su nacimiento. La gestación tuvo una duración de 40 semanas.

▪ ETAPA NATAL

Sandra nació en el hospital Essalud Ilo con todos los requerimientos necesarios, el parto tuvo una duración de 10 horas aproximadamente y no hubo ninguna complicación, se dio de manera natural. La paciente nació pesando 2.900 kilogramos aproximadamente con una altura de 47 centímetros.

4.2. PRIMERA INFANCIA

▪ ETAPA POST-NATAL

Primer Año

Recibió todos sus controles y vacunas correspondientes, tuvo lactancia materna hasta su primer año de vida y no presentó dificultad en el destete, aproximadamente comenzó a recibir

alimentos sólidos cerca de los 6 meses de edad con buena tolerancia a ellos. La situación familiar era buena y ambos padres se encargaban de cubrir sus cuidados y necesidades.

Desarrollo Psicomotor

El desarrollo psicomotor se dio de manera positiva y acorde a su edad. Sandra controló la cabeza a los 3 meses de edad y a los 5 meses según refiere ella misma se sentaba y mantenía una misma postura durante tiempos prolongados sin ningún problema; gateó a los 7 meses y a los 13 meses empezó a dar sus primeros pasos. El desarrollo del lenguaje comenzó alrededor del año y medio de edad siendo su primera palabra “mamá” pero con el tiempo su vocabulario fue enriqueciéndose a medida que se relacionaba con otras personas. El control de esfínteres se produjo alrededor de los 2 años de edad. No tenía problemas en socializar con otros niños de su edad ni con personas ajenas a su familia.

Rasgos Neuropáticos

No presenta.

4.3. ETAPA ESCOLAR

Refiere que inició su etapa escolar a los 4 años de edad cuando comenzó a acudir al nido, era buena estudiante, le gustaba mucho jugar y compartir con otros niños de su edad, no hubo dificultades o problemas en su desarrollo académico. Sin embargo, cabe mencionar que el apego a su madre fue una complicación al inicio de esta etapa lo cual causó que llorara los primeros días de clases.

A los 6 años de edad ingresó al colegio Daniel Becerra Ocampo ubicado en la avenida Mariano Lino Urquieta, considera que fue una alumna con calificaciones regulares, le gustaba jugar y conversar con sus amigas, era la líder de grupo. Terminó satisfactoriamente la educación primaria sin problemas ni dificultades. En cuanto a la educación secundaria se mantuvo en el

mismo colegio y asegura que continuaba siendo una estudiante que le gustaba socializar; aunque reconoce que su impulsividad le habría acarreado problemas con sus maestros. Ella misma refiere que hubo una ocasión en la cual una de sus profesoras le pegó porque conversaba mucho en clases a lo que ella reaccionó alzándole la voz a su maestra, señalándole que “sus padres nunca le habían pegado y mucho menos lo haría su profesora.” La directora llamó a sus padres, pero no pasó a mayores la situación llegando a solucionarse adecuadamente gracias a lo permisivos que habían sido sus padres con ella desde que era pequeña.

Con respecto a sus estudios superiores decide estudiar Ingeniería Ambiental en la Universidad José Carlos Mariátegui en el año 2012 señalando que rindió adecuadamente los cinco años de la carrera, al igual que en su etapa escolar Sandra asegura que le gustaba mucho socializar no solo con compañeros de su carrera sino también de otras facultades, constantemente salía a fiestas y, aunque siempre estaba rodeada de personas ella manifiesta que sentía mucha desconfianza con su entorno y difícilmente consideraba a alguien como su amigo.

4.4. DESARROLLO Y FUNCIÓN SEXUAL

- **Aspecto psicosexual y vida familiar**

Sandra se comporta de manera impulsiva, sin embargo, considera a lo largo de los últimos años su relación con sus padres mejoró ya que durante su adolescencia manifiesta que solían discutir mucho por sus bajas notas y su comportamiento, pero gracias a la presencia de su medio hermana es que desde hace cinco meses cambió esa dinámica armoniosa que llevaba con ellos, siente que ha desestabilizado a su familia haciendo que todos los miembros tengan discusiones constantes.

Los intereses que ella considera relevantes son el seguir trabajando como asistente del área de proyección ambiental del municipio y pagar sus deudas ocasionadas, según ella, por comprar cosas innecesarias para ella y su familia. Actualmente mantiene una relación amorosa desde

hace un año en donde Sandra admite que han terminado cuatro veces durante todo este tiempo por motivo de celos y desconfianza de parte de ella hacia su pareja.

- **Aspectos fisiológicos**

Comenzó a darse cuenta de la diferenciación del sexo alrededor de los 6 años aproximadamente por enseñanza de sus padres. Sus cambios físicos se produjeron a la edad de 12 años. Menarquia a los 13, menstruación regular, hubo masturbación alrededor de los 16 años.

A los 17 años de edad tuvo su primer enamorado a esa misma edad tuvo su primera relación sexual, con su pareja estuvo aproximadamente dos años. Después tuvo otro enamorado con el que estuvo ocho meses y su último enamorado con el que actualmente se encuentra llevando una relación de un año, con el que hay de por medio problemas, ya que descarga su cólera con él.

4.5. HISTORIA DE LA RECREACIÓN Y LA VIDA

Siempre ha jugado con sus amigos del barrio que en su mayoría eran varones, ella era la única mujer, ha hecho amigos fácilmente durante la etapa escolar pero asegura que en la universidad a pesar de estar rodeada por sus compañeros, no los consideraba como “amigos” ya que solo los buscaba para salir a fiestas y hacer trabajos académicos, manifiesta que ninguno le brindaba la confianza necesaria para contarles cosas personales.

En la actualidad asegura que prefiere los juegos virtuales en el celular a diferencia de realizar algún tipo de deporte al aire libre, asegura no tener amigos cercanos pero sí muchos “conocidos” con los que se siente cómoda y a quienes frecuenta para salir a divertirse los fines de semana.

4.6. ACTIVIDAD LABORAL

Su primer trabajo fue a los 16 años vendiendo en una tienda de ropa en la cual solo estuvo tres meses durante el verano; mientras estaba en su segundo año de universidad trabajó cinco meses en una imprenta por medio turno ya que debido a sus bajas calificaciones sus padres le suspendieron el dinero que le daban regularmente para sus gastos.

Actualmente trabaja en el área de proyección ambiental, desde hace un año ha mantenido, cuenta que se siente estable, tranquila y disfruta de su ambiente laboral pero durante los últimos meses se ha sentido preocupada por su situación actual e incluso se ha mostrado irritable en reiteradas ocasiones haciendo que su ambiente laboral se vuelva hostil.

4.7.SERVICIO MILITAR

No realizado.

4.8. RELIGIÓN

De religión Católica.

4.9. HÁBITOS E INFLUENCIAS NOCIVAS O TÓXICAS

Alimenticios: No es alérgica a ningún alimento, tiene un buen apetito y no le agrada comer quinua.

Sueño: Duerme muy poco debido a que se siente muy estresada por su trabajo y la situación actual en su hogar, se mantiene despierta durante varias horas pensando en muchas cosas, demorándose en conciliar su sueño. Casi siempre amanece cansada.

Alcohol: Probó bebidas alcohólicas a los 15 años de edad, ha llegado en ocasiones a beber en exceso.

Cigarro: Fuma desde los 15 años, en la actualidad lo hace ocasionalmente en eventos sociales.

5. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

▪ ENFERMEDADES Y ACCIDENTES

A los 19 años de edad señala que la operaron de la vesícula ya que constantemente esto le originaba malestar y cólicos de manera regular, al retirársela su salud mejoró notablemente hasta el día de hoy.

▪ PERSONALIDAD PREMÓRBIDA

Sandra desde pequeña ha sido extrovertida y alegre. Con respecto a su escolaridad mantuvo las mismas características añadiendo que durante la secundaria comenzó a descuidarse más de sus estudios en esa misma etapa fue mostrando características agresivas e impulsivas, siendo más visibles en sus estudios superiores y trabajos. En la actualidad Sandra es enérgica, autoritaria, agresiva, impulsiva, fiel a sus ideas y acciones.

6. ANTECEDENTES FAMILIARES

▪ COMPOSICIÓN FAMILIAR

Padre, madre y su medio hermana. El padre se llama Gregorio de 56 años, vive con ella y se desempeña laboralmente en una empresa de soldadura, aparentemente sano. Madre de nombre Luzmila de 46 años de profesión cosmetóloga, desempeñándose laboralmente en un centro de estética. Su medio hermana por parte de padre tiene 26 años, no culminó sus estudios en la carrera de Derecho debido al fallecimiento de su madre.

▪ DINÁMICA FAMILIAR

Sandra actualmente mantiene una mala comunicación con sus padres ya que ellos siempre están de malhumor por las peleas constantes que tienen, la madre de la paciente no está de acuerdo

con tener a la hija del anterior compromiso de su esposo, por lo cual hay distanciamiento y falta de comunicación.

La relación con su medio hermana es muy mala, no existe comunicación ni contacto, Adela habla solamente con su padre evitando en todo momento contacto con su madrastra y con Sandra. La paciente asegura que la relación con su medio hermana desde antes había sido casi nula, se vieron en contadas ocasiones y su padre nunca se preocupó por generar un ambiente de unidad entre ellas, Sandra asegura que Adela fue criada de manera distinta y que por eso no se llevan bien, mantiene su postura en decir que es “malcriada y que solo quiere que su padre la mantenga”.

▪ **CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA**

Regular. Vivienda de material noble, propio de los padres, cuenta con todos los servicios, económicamente depende de los padres, ya que ella, a pesar de tener trabajo, no contribuye con los gastos de su casa, su sueldo lo invierte en hacer compras para sí misma.

▪ **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

En cuanto a su madre y su padre no han sufrido enfermedades de consideración o accidentes.

7. RESUMEN

La evaluada manifiesta sentirse triste, preocupada y con sentimientos de abatimiento debido a las constantes discusiones que tienen sus padres por la llegada de su media hermana (por parte de papá) quien, según manifiesta, ha convertido el ambiente familiar en algo “hostil”, asegura no llevarse bien con ella incluso desde antes de que viniera a vivir a su casa. Sandra se siente irritable, colérica y le cuesta conciliar el sueño, en reiteradas ocasiones ha manifestado sentir opresión en el pecho y desesperación, angustia constante.

Sandra actualmente mantiene una mala comunicación con sus padres ya que ellos siempre están de malhumor por las peleas constantes que tienen, por lo cual hay distanciamiento y falta de comunicación entre los tres. La relación con su medio hermana es muy mala, no existe comunicación ni contacto, ella (la medio hermana) habla solamente con su padre.

Kathleen Patricia Rojas Rojas
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

1. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombre y Apellidos** : Sandra S.T.
- **Edad** : 24 años.
- **Fecha De Nacimiento** : 15 de Enero de 1994.
- **Lugar De Nacimiento** : Ilo.
- **Grado De Instrucción** : Superior completa.
- **Ocupación** : Ingeniera Ambiental.
- **Religión** : Católica.
- **Lateralidad** : Diestra.
- **Dirección Actual** : Calle Mirave 315.
- **Informante** : La paciente.
La Madre.
- **Fechas de consulta** : 06/04/18 – 13/04/18 – 20/04/18
03/05/18 – 11/05/18
- **Examinado por la Bachiller** : Kathleen Patricia Rojas Rojas.

2. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Examen mental para evaluar las funciones ejecutivas de la paciente.

3. EVALUACIÓN

▪ PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Sandra aparenta su edad actual, su vestimenta es ordenada y limpia, su arreglo y aseo personal son adecuados. Tiene contextura delgada y talla promedio, su postura es ligeramente encorvada

y posee marcha estable. Su manera de expresarse denota alegría la mayor parte del tiempo, habiendo ocasiones en la que denota tristeza y preocupación.

Su tono de voz es alto, mantiene una conversación tranquila llegando en ocasiones a un leve sollozo al recordar ciertos eventos de su vida. No presenta gestos marcados o repetidos.

Referente a la situación por la que atraviesa denota una marcada tristeza y preocupación, aunque ella quiera demostrar alegría señala que por dentro se encuentra triste. La actitud durante la evaluación es adecuada, manifiesta su problema de manera abierta buscando que la escuchen, mantiene contacto visual, es conversadora, espontánea y expresiva, colabora con las preguntas realizadas y añade comentarios y detalles.

▪ **ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACION**

Atención: La evaluada presenta una atención voluntaria estable, se muestra atenta ante las preguntas realizadas y las indicaciones que se le dieron para cada una de las evaluaciones.

Conciencia: Sandra se encuentra lúcida, se mantiene atenta, responde a estímulos, tiempo de reacción adecuado, comprende, interpreta y responde adecuadamente.

Orientación: Se orienta en tiempo espacio y persona, está orientada adecuadamente reconociendo la hora en que se realizó la entrevista, reconoce el día de la semana, mes y año en el que estamos; reconoce el espacio donde se encuentra, identifica la calle, nombre del lugar, así mismo, responde a la fecha de nacimiento, nombres y apellidos, edad, por lo que concluimos que la evaluada no presenta alteración alguna.

- **LENGUAJE**

La evaluada presenta un lenguaje coherente y comprensivo, se aprecia variabilidad en la fluidez de calmada a rápida al referirse a su media hermana o sobre su conducta. Tono de voz alto, existe relación y orden en su lenguaje.

- **PENSAMIENTO**

Aparentemente presenta un pensamiento coherente pues guarda relación con las preguntas o temas planteados, sin embargo en cuanto al contenido se encuentra cargado de hostilidad y resentimiento a sus padres y a la presencia de su medio hermana en su casa, comenta que no se siente a gusto con ella estando tan cerca y que ha perturbado el ambiente familiar, en reiteradas ocasiones ha manifestado su incomodidad y que desea irse de su hogar para estar tranquila y no tener que “aguantar a nadie”.

- **PERCEPCIÓN**

En cuanto a la percepción, estos se encuentran adecuados pues la evaluada discrimina y reconoce la calidad y cualidad de todos los estímulos tanto visuales, auditivos, olfatorios y táctiles. No presenta ilusiones y tampoco alucinaciones.

- **MEMORIA**

Esta función se encuentra dentro de lo normal pues en lo que concierne a su memoria mediata Sandra recuerda con precisión ejercicios planteados, al igual que su memoria remota evoca y narra episodios de su vida recuerda con malestar experiencias asociados en relación a sus padres y en cuanto a su memoria inmediata recuerda hechos o sucesos ocurridos durante las semanas y días, no presentando anomalía alguna.

▪ **FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL**

Intelecto conservado. Concentración y atención normales, lectura y escritura conservadas. Sus conocimientos generales son adecuados, su comprensión, razonamiento y juicio son inadecuados en relación a la situación que atraviesa.

▪ **ESTADO DE ANIMO Y AFECTOS**

Sandra presenta problemas emocionales que han repercutido en su comportamiento a consecuencia del ambiente familiar disfuncional en el que vive, manifiesta resentimiento hacia los miembros de su familia en especial a sus padres y su medio hermana. Muestra cambios bruscos en su estado de ánimo, de temperamento colérico se enoja fácilmente, es impulsiva y trata de llamar la atención, manifiesta sentirse tranquila al estar fuera de casa en compañía de su pareja.

Mantiene una relación amorosa de un año con quien dice sentirse a gusto pero a la vez ha tenido problemas ya que no puede controlar sus impulsos y usualmente se muestra insegura e irritable.

▪ **COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD**

Tiene conciencia de su problema y que éste repercuta en su vida y en la de sus familiares, quiere recuperarse para poder trabajar tranquilamente y volver a mantener una buena relación con sus padres y su medio hermana.

4. RESUMEN

Sandra aparenta su edad actual, su vestimenta es ordenada y limpia, su arreglo y aseo personal son adecuados. Tiene contextura delgada y talla promedio, su postura es ligeramente encorvada y posee marcha estable.

Se mantiene atenta, responde a estímulos, tiempo de reacción adecuado, comprende, interpreta y responde adecuadamente. Su lenguaje mantiene velocidad, cantidad y curso normales. Tono de voz alto, existe relación y orden en su lenguaje. Posee concentración y atención normales, lectura y escritura conservadas. Sus conocimientos generales son adecuados, su comprensión, razonamiento y juicio son inadecuados en relación a la situación que atraviesa. Denota alegría la mayor parte del tiempo, expresa tristeza y preocupación en ciertas ocasiones. Existe concordancia entre lo que dice y expresa. Señala estar muy triste por dentro así demuestre alegría por fuera.

Kathleen Patricia Rojas Rojas
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMETRICO

1. DATOS DE FILIACION

- **Nombre y Apellidos** : Sandra S.T.
- **Edad** : 24 años.
- **Fecha De Nacimiento** : 15 de Enero de 1994.
- **Lugar De Nacimiento** : Ilo.
- **Grado De Instrucción** : Superior completa.
- **Ocupación** : Ingeniera Ambiental.
- **Religión** : Católica.
- **Lateralidad** : Diestra.
- **Dirección Actual** : Calle Mirave 315.
- **Informante** : La evaluada.
La Madre.
- **Fechas de consulta** : 06/04/18 – 13/04/18 – 20/04/18
03/05/18 – 11/05/18
- **Examinado por la Bachiller** : Kathleen Patricia Rojas Rojas.

2. OBSERVACIONES GENERALES

Sandra se mostró colaboradora, accesible, atenta y con buen estado de ánimo en las diferentes evaluaciones, donde cada una de ellas se desarrolló en un clima adecuado. Después de dar inicio con el rapport en cada evaluación, se prosiguió con la explicación respectiva sobre en qué consistía cada una de ellas, no presentándose dudas ni dificultades con respecto a las indicaciones dadas por lo cual se llegó a concluir satisfactoriamente cada sesión.

3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.
- Inventario de Ansiedad de Beck.
- Test del Árbol.
- Test de Inteligencia No Verbal- Toni 2.

4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

- **Inventario Clínico Multiaxial de Millon II**

Según los resultados obtenidos, Sandra presenta puntajes elevados en los siguientes patrones clínicos de personalidad:

Histriónico: Debido a que tiene una fuerte necesidad de ser el centro de atención, puede ser muy manipuladora, busca estimulación y afecto el cual es insaciable, su comportamiento social le da la apariencia de autoconfianza y serenidad, sin embargo, bajo esta apariencia se encuentra una autoconfianza engañosa.

Narcisista: Sobreestima sus habilidades, existe una excesiva admiración hacia ella, egoísta, tiene excesiva autoconfianza, arrogante, explota con las demás personas aun sin intención y es desconsiderada con los demás.

Antisocial: Inadecuadas relaciones interpersonales, o las evita.

Pasivo-agresivo: Se resiste a órdenes, es resentida, terca, busca el fracaso intencionado y le echa la culpa a los demás.

Autoderrotista: Arruina experiencias placenteras, no disfruta de las cosas que hace y no encuentra su felicidad.

En cuanto a patología severa de la personalidad presenta puntajes elevados en:

Borderline: Inestabilidad emocional, relaciones interpersonales inadecuadas y sus emociones son intensas.

Paranoide: Es desconfiada, suspicaz, tiende a interpretar todo para mal, se exaspera rápidamente.

Síndromes clínicos

Distimia: Presenta angustia, baja autoestima, tristeza, melancolía, abatimiento, sentimientos de culpa, inutilidad, pérdida de interés, disminución de energía.

Síndromes severos, no presenta puntajes elevados.

- **Inventario de Ansiedad de Beck**

Según los resultados, Sandra obtiene un puntaje de 25 puntos lo cual es un claro indicador de ansiedad en nivel moderado, caracterizándose por presentar pensamientos recurrentes, desesperanza, constantemente se antepone a sus problemas y sobreestima su capacidad para afrontar de manera asertiva situaciones adversas de su día a día.

- **Test del Árbol**

Denota firmeza, deseos de alcanzar metas propuestas, perseverancia, extraversión, energía, autoritarismo, optimismo, alegría. Es idealista, terca, creativa, caprichosa, desordenada. Confunde las ideas que tiene, es excéntrica. Huye de la realidad, cierta inmadurez en su personalidad. Probablemente sentimientos de inferioridad. Depresión presente.

- **Test de Inteligencia no verbal – Toni 2**

Sandra obtiene un puntaje total de 33 puntos, presentando un coeficiente intelectual de 100, asignándole la categoría Nivel Promedio de Inteligencia, teniendo la capacidad para aprender y comprender de forma adecuada.

5. RESUMEN

Sandra muestra rasgos de ansiedad en nivel moderado, lo cual se manifiesta a través de síntomas como palpitaciones, opresión en el pecho, angustia y falta de sueño, además de mostrarse irritable y colérica la mayoría del tiempo. Tiene una fuerte necesidad de ser el centro de atención, usualmente se muestra egoísta y le cuesta disfrutar de las cosas que hace.

Tiene deseos de alcanzar metas propuestas sin embargo su impulsividad y la poca tolerancia a la frustración hacen que se le torne difícil lograr sus objetivos, Sandra es autoritaria, terca y caprichosa, a lo largo de su vida se ha acostumbrado a hacer las cosas a su manera sin adecuarse a los estándares establecidos por los demás. Cree que recibe menos de lo que merece y que no tiene a nadie en quien pueda confiar. Se siente ofendida con facilidad. Existe tensión de por medio por la incapacidad para mantener relaciones estables. A pesar de tener pareja, desea tener a alguien con quien compartir su tiempo, pero sus deseos de mostrar su individualidad la hacen exigente, llevándola a ser voluble y cambiante en sus relaciones sentimentales.

Presenta un coeficiente intelectual en la categoría Nivel Promedio, teniendo la capacidad para aprender y comprender de forma adecuada.

Kathleen Patricia Rojas Rojas
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS DE FILIACION

- **Nombre y Apellidos** : Sandra S.T.
- **Edad** : 24 años.
- **Fecha De Nacimiento** : 15 de Enero de 1994.
- **Lugar De Nacimiento** : Ilo.
- **Grado De Instrucción** : Superior completa.
- **Ocupación** : Ingeniera Ambiental.
- **Religión** : Católica.
- **Lateralidad** : Diestra.
- **Dirección Actual** : Calle Mirave 315.
- **Informante** : La evaluada.
La Madre.
- **Fechas de consulta** : 06/04/18 – 13/04/18 – 20/04/18
03/05/18 – 11/05/18
- **Examinado por la Bachiller** : Kathleen Patricia Rojas Rojas.

2. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente manifiesta sentirse triste, preocupada y con sentimientos de abatimiento debido a las constantes discusiones que tienen sus padres por la llegada de su media hermana (por parte de papá) quien, según manifiesta, ha convertido el ambiente familiar en algo “hostil”, asegura no llevarse bien con ella incluso desde antes de que viniera a vivir a su casa. Sandra se siente irritable, colérica y le cuesta conciliar el sueño, en reiteradas ocasiones ha manifestado sentir opresión en el pecho y desesperación, angustia constante.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicométricas
 - Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.
 - Inventario de Ansiedad de Beck
 - Test del Árbol.
 - Test de Inteligencia No Verbal- Toni 2.

4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La paciente refiere que la llegada de su medio hermana, Adela, fue el detonante para su familia, los cinco meses que llevan viviendo juntos han sido insufribles para Sandra, ya que las discusiones son constantes en su hogar, no solo con su medio hermana, sino con su padre y su madre también; cuenta que no tolera la “mala actitud” de Adela y lo permisivos que son sus padres con ella, siente que no la comprenden y que es “la única en darse cuenta de que las cosas no marchan bien”. La paciente ha discutido de forma verbal e incluso física con su medio hermana, la cual es dos años mayor y quien perdió a su madre víctima del Cáncer, por eso mismo es que el padre de ambas lleva a Adela a vivir con ellos. A lo largo de su vida han sido contadas las ocasiones en donde ha tenido acercamiento con su medio hermana, ya que su padre no mostró en interés de formar un lazo entre ellas.

Sandra desde pequeña ha sido extrovertida y alegre. Con respecto a su escolaridad mantuvo las mismas características añadiendo que tenía calificaciones regulares, a medida que crecía y ya encontrándose en la secundaria fue mostrando características agresivas e impulsivas, siendo más visibles en sus estudios superiores y trabajos. En la actualidad Sandra es enérgica, autoritaria, agresiva, impulsiva, fiel a sus ideas y acciones.

Convive con su padre, madre y su medio hermana. El padre se llama Gregorio de 56 años, vive con ella y se desempeña laboralmente en una panadería, aparentemente sano. Madre de nombre Luzmila de 46 años de profesión cosmetóloga, desempeñándose laboralmente en un centro de estética. Su medio hermana, Adela, por parte de padre tiene 26 años, no culminó sus estudios en la carrera de Derecho debido al fallecimiento de su madre. Mantiene una mala comunicación con sus padres ya que ellos siempre están de malhumor por las peleas constantes que tienen, por lo cual hay distanciamiento y falta de comunicación entre los tres. La relación con su medio hermana es muy mala, no existe comunicación ni contacto, Adela habla solamente con su padre.

5. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Sandra aparenta su edad actual, su vestimenta es ordenada y limpia, su arreglo y aseo personal son adecuados. Tiene contextura delgada y talla aproximadamente de 1.60 cm, su postura es ligeramente encorvada y posee marcha estable. Su manera de expresarse denota alegría la mayor parte del tiempo, habiendo ocasiones en la que denota tristeza y preocupación.

Su tono de voz es alto, mantiene una conversación tranquila llegando en ocasiones a un leve sollozo al recordar ciertos eventos de su vida. No presenta gestos marcados o repetidos. Referente a la situación por la que atraviesa denota una marcada tristeza y preocupación, aunque ella quiera demostrar alegría señala que por dentro se encuentra triste. La actitud durante la evaluación es adecuada, manifiesta su problema de manera abierta buscando que la escuchen, mantiene contacto visual, es conversadora, espontánea y expresiva, colabora con las preguntas realizadas y añade comentarios y detalles.

6. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Sandra de 24 años de edad muestra rasgos de ansiedad en nivel moderado, lo cual se manifiesta a través de síntomas como palpitaciones, opresión en el pecho, angustia y falta de sueño, además de mostrarse irritable y colérica la mayoría del tiempo. Tiene una fuerte necesidad de ser el centro de atención, usualmente se muestra egoísta y le cuesta disfrutar de las cosas que hace.

Tiene deseos de alcanzar metas propuestas sin embargo su impulsividad y la poca tolerancia a la frustración hacen que se le torne difícil lograr sus objetivos, Sandra es autoritaria, terca y caprichosa, a lo largo de su vida se ha acostumbrado a hacer las cosas a su manera sin adecuarse a los estándares establecidos por los demás. Cree que recibe menos de lo que merece y que no tiene a nadie en quien pueda confiar. Se siente ofendida con facilidad. Existe tensión de por medio por la incapacidad para mantener relaciones estables. A pesar de tener pareja, desea tener a alguien con quien compartir su tiempo, pero sus deseos de mostrar su individualidad la hacen exigente, llevándola a ser voluble y cambiante en sus relaciones sentimentales.

7. DIAGNÓSTICO O CONCLUSIÓN

En conclusión, podemos apreciar que la evaluada muestra rasgos de ansiedad en nivel moderado debido a la sintomatología que presenta como palpitaciones, falta de sueño e irritabilidad constante en su día a día. Además, le cuesta adaptarse ante situaciones nuevas, lo cual se evidencia ante su situación familiar actual en donde manifiesta no sentirse cómoda con la presencia de un nuevo miembro en su familia. Sandra es impulsiva, por esa razón, frente a situaciones adversas suele mostrarse demandante imponiendo sus ideas por sobre los demás, esto le genera discusiones constantes dentro de su entorno poniendo en riesgo su estabilidad emocional y relaciones interpersonales.

8. PRONÓSTICO

Reservado, pues dependerá de la evaluada y del apoyo de su familia su mejoría, en donde hasta el momento sus padres no han mostrado interés en la terapia.

9. RECOMENDACIONES

- La evaluada necesita acudir a terapia psicológica individual para aprender a controlar sus impulsos y deshacerse de los pensamientos que le generan ansiedad.
- Modificar su estilo de vida, añadir actividades recreativas a su día a día.
- Se recomienda recibir terapia psicológica familiar, ya que durante la entrevista y evaluación no se vio reflejado su apoyo, además es aquel el pilar más importante para la salud de Sandra.

Kathleen Patricia Rojas Rojas
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

1. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombre y Apellidos** : Sandra S.T.
- **Edad** : 24 años.
- **Fecha De Nacimiento** : 15 de Enero de 1994.
- **Lugar De Nacimiento** : Ilo.
- **Grado De Instrucción** : Superior completa.
- **Ocupación** : Ingeniera Ambiental.
- **Religión** : Católica.
- **Lateralidad** : Diestra.
- **Dirección Actual** : Calle Mirave 315.
- **Informante** : La evaluada.
La Madre.
- **Fechas de consulta** : 06/04/18 – 13/04/18 – 20/04/18
03/05/18 – 11/05/18
- **Examinado por la Bachiller** : Kathleen Patricia Rojas Rojas.

2. OBJETIVOS PSICOTERAPEUTICOS

- **OBJETIVO GENERAL**

Disminuir la inestabilidad emocional en la paciente y enseñarle técnicas para un mejor desenvolvimiento en situaciones de conflicto.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reconocer los sentimientos de ansiedad y las reacciones somáticas.
- Detectar los pensamientos de la paciente en las situaciones que le provocan ansiedad.

- Desarrollar un plan de afrontamiento de la ansiedad.
- Evaluar su propia actuación y autorreforzarse cuando sea adecuado.

3. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

Nº DE SESIÓN	TÉCNICA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
1	Reestructuración Cognitiva	Identificar las ideas irracionales o pensamientos distorsionados que impiden el autocontrol emocional de la paciente, dirigida a identificar pensamientos negativos y desadaptativos, modificando estos pensamientos para generar respuestas emocionales de mayor agrado y por ende conductas menos impulsivas o destructivas.	<p>Detectar los pensamientos o situaciones que le generan ansiedad, poner ejemplos y expresar lo que esto le genera, de tal forma que la paciente realice una evaluación otorgándole un porcentaje.</p> <p>De acuerdo a ello, se buscarán argumentos y pruebas que fundamenten su pensamiento y seguido a esto se propiciarán argumentos que vayan en contra, de tal manera que se puede evaluar si debe mantener esa idea.</p>	30 min.

			Darle interpretación alternativa racional.	
2	Control de impulsos	Esta técnica se orienta a poder manejar el detonante de la impulsividad, conociendo los sentimientos emocionales o recuerdos que provoca los niveles de ira y el despertar fisiológico.	<p>Aprenderá a gestionar las emociones mediante la traducción los colores del semáforo,</p> <p>permitiéndonos asociar nuestras emociones a los colores de este: ROJO = PARAR: Cuando sientas una emoción fuerte (enfado, ira, rabia) párate de la misma forma que lo harías si fueras en el coche y vieras un semáforo en rojo. En este momento deberás identificar cuál es la emoción y qué estás sintiendo.</p> <p>AMBAR = PENSAR: una vez que hayas parado, piensa y reflexiona qué comportamientos alternativos pueden ayudarte a solucionar esa</p>	30 min.

			<p>situación.</p> <p>VERDE =ACTÚA: lleva a cabo la mejor solución.</p> <p>A su vez, se le dirá a la paciente que utilice una libreta para llevar un registro de todas las veces que haya utilizado el semáforo para afrontar una situación difícil y cual fue su respuesta ante ello.</p>	
3	Modelado	<p>Aprender comportamientos nuevos observando e imitando el comportamiento de otras personas denominados “modelos”.</p>	<p>Se realizará junto con la paciente una jerarquización (utilizando una pirámide de papel) para categorizar las situaciones habituales que le generan ansiedad.</p> <p>De acuerdo a ello, se comenzará a mostrarle videos preseleccionados acorde a su situación para</p>	30 min.

			analizar posibles respuestas que podría imitar.	
4	Role-playing	Exponer a la paciente a situaciones reales e imaginativas que le provocan ansiedad elevada.	Repasar las situaciones vistas en los videos de la sesión anterior y ponerlas en práctica mediante la actuación e interpretación con ayuda del terapeuta, se recomienda invertir los roles en cada una de las situaciones y hacer una reflexión sobre ello.	30 min
5	Entrenamiento Asertivo	Proporcionar información específica sobre las condiciones problemáticas, conductas y respuestas adecuadas, así como todas las ventajas y desventajas de ser asertivo o impulsivo.	Enseñarle al paciente a identificar los estilos (pasivo, agresivo, asertivo), seguido a esto se utilizarán dos sillas en donde el terapeuta pondrá ejemplos para que el paciente pueda dar respuestas con cada uno de los estilos, de esta forma aprenderá a reconocerlos y	30 min.

			diferenciarlos para utilizar el más adecuado en su vida diaria.	
6	Relajación progresiva	Propiciar relajación profunda, dominio de las funciones psíquicas.	La paciente deberá acudir a la sesión vistiendo ropa cómoda, el terapeuta llevará a cabo las tres fases de la técnica y se ayudará de música instrumental. La paciente realizará ejercicios de respiración y relajación muscular paso a paso.	30 min.

4. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El tratamiento psicoterapéutico tendrá una duración de seis sesiones de 30 minutos cada una, para lo cuál se necesitará el tiempo de ocho semanas aproximadamente para llevar a cabo el desarrollo de la misma. Una vez culminado el plan psicoterapéutico se hará 1 sesión al mes para hacer el seguimiento correspondiente

5. AVANCES TERAPÉUTICOS

Se llevaron a cabo dos sesiones de la terapia en donde se han visto los siguientes avances:

- Ahora es consciente de tener un problema y que debe esforzarse para mejorar por su propio bienestar y el de su familia.

- Inició el proceso de cambio en su pensamiento dejando atrás las ideas negativas sobre sí misma y su entorno.

Kathleen Patricia Rojas Rojas
Bachiller en Psicología

PRUEBAS PSICOLÓGICAS

ANEXOS

Inventario Clínico Multiaxial de MCMI - II
- HOJA DE RESPUESTAS -

Apellidos y Nombres: Sandra Edad: 24 Fecha de Aplicación: 13/04/18

1	V	X	X	V	R	76	V	X	F	101	X	F	126	X	F	151	V	X
2	X	F	R	V	R	77	V	X	F	102	X	F	127	V	X	152	V	X
3	X	F	F	V	X	78	X	F	F	103	X	F	128	V	X	153	X	F
4	V	X	F	V	X	79	X	F	F	104	V	F	129	V	X	154	X	F
5	V	R	F	X	F	80	X	F	F	105	V	R	130	X	F	155	X	R
6	V	R	X	V	X	81	V	X	F	106	V	R	131	V	R	156	X	F
7	V	R	F	X	F	82	X	F	F	107	V	V	132	X	F	157	V	R
8	X	F	R	V	R	83	V	X	F	108	V	V	133	V	X	158	V	R
9	X	F	F	X	F	84	V	V	X	109	V	V	134	V	X	159	V	R
10	V	X	F	V	R	85	V	V	R	110	V	V	135	V	R	160	X	F
11	X	F	F	X	F	86	V	X	R	111	V	R	136	V	X	161	V	X
12	V	R	F	X	F	87	V	R	F	112	X	F	137	X	F	162	X	F
13	V	R	R	V	X	88	X	F	F	113	X	F	138	X	F	163	X	F
14	V	R	X	V	X	89	X	F	F	114	X	F	139	X	F	164	X	F
15	V	R	X	V	F	90	V	V	R	115	V	X	140	V	X	165	X	F
16	X	F	F	V	R	91	V	V	R	116	V	R	141	V	X	166	V	X
17	X	F	F	V	X	92	X	F	F	117	X	F	142	X	F	167	X	F
18	V	R	R	V	R	93	X	F	F	118	X	F	143	X	F	168	X	F
19	X	F	X	V	X	94	X	F	F	119	X	F	144	X	F	169	V	R
20	V	X	R	V	R	95	X	F	F	120	X	F	145	X	F	170	V	R
21	X	F	F	V	R	96	V	R	F	121	X	F	146	V	X	171	V	R
22	V	X	R	V	R	97	V	R	F	122	X	F	147	V	X	172	X	F
23	X	F	F	V	R	98	V	X	F	123	X	F	148	X	F	173	V	X
24	X	F	F	X	F	99	V	R	F	124	X	F	149	X	F	174	V	R
25	X	F	F	V	R	100	V	V	R	125	V	X	150	V	X	175	V	R

Sandra

atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6 Marcado, o que se le va la cabeza.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

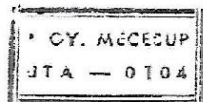
Total : 25

Nivel Moderado Ansiedad.



Calificación Test Árbol Sandra, 29 años

La evaluación presenta claros rasgos de impulsividad, usualmente impone sus ideas por sobre las de los demás. Actúa a la defensiva y a su vez se preocupa por cuidar su imagen, tiene sentimientos oprimidos, muestra ira de parte de sí misma. Disconformidad e inestabilidad, le cuesta mantener vínculos duraderos. Cuenta con deseos u algarazas sus metas, es energía y desordenada. Se cuenta siete inmadurez en su personalidad. Represión presente.



TONI 2

HOJA DE ANOTACIÓN

TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL

Apreciación de la habilidad cognitiva sin influencia del lenguaje

R-269

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre Sandra
Nombre del padre o tutor _____
Centro _____
Curso _____
Examinado por Kathleen Rojas

Fecha examen: Año 18 Mes 04 Día 20
Fecha nacimiento: Año 94 Mes 01 Día 15
Edad 24
Sexo: ☒ V ☐ M

B. RESULTADOS Y PERFIL

TONI-2				OTRAS PRUEBAS					Otra esc.
CI	A	E	PC	1	2	3	4	5	
145									
140									
135			99						
130			98						
125			95						
120			91						
115			84						
110			75						
105			63						
100			50						
95			37						
90			25						
85			16						
80			9						
75			5						
70			2						
65									
60									
55			1						
50									
45									
40									

TONI-2. Forma A
PD= 95 CI= PC= 34 ETM=

TONI-2. Forma B
PD= 93 CI= PC= 32 ETM=

Otras pruebas Nivel: Proneo
1. PD= PT₀=
2. PD= PT₀=
3. PD= PT₀=
4. PD= PT₀=
5. PD= PT₀=
6. PD= PT₀=

(1) Escala utilizada: _____

C. CONDICIONES DE APLICACIÓN

- Motivo de la aplicación: _____
- Lugar adecuado: SI ☒ No ☐. afectó a la aplicación: SI ☐ No ☐
- Aplicación: Individual ☒ Colectiva ☐
- Aceptación por parte del sujeto: SI
- Actitud: excelente, motivada
- Relación con el examinador: _____
- Comprensión de la tarea: SI
- Interés: SI
- Otras: _____



Autor: Lita Bello, Rita J. Sánchez y Susan E. Jones. Copyright 1999 by TEA-ED, Inc., Vers 7/99.
Copyright de la adaptación española © 1995 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A., Fray Bernardino de Sahagún, 24, 28028 MADRID - Permite la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. - Esta
es una adaptación en línea de la prueba. Si la presentas en línea, no es una reproducción legal. En función de la política y en el caso de la prueba, NO LA USARÁS. - Printed in Spain. Imreso en España por: TEA Ediciones, S.A.
Distribución: TEA Ediciones, S.A. - 91 724 1100