

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

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

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**DISTORSIONES COGNITIVAS Y DEPENDENCIA EMOCIONAL EN
MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE
PAREJA, AREQUIPA 2019**

Tesis presentada por las bachilleres:

AQUINO CAHUANA, FIORELLA YASMIN

RODRIGUEZ SILVA, JHOSELYNN YEIMY

Para optar el Título Profesional de Psicólogas

Asesora:

MG. VERÓNICA MILAGROS BELLIDO LAZO

AREQUIPA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A mi familia, en especial a mi madre por el amor, el apoyo y la confianza incondicional. Por la gran admiración que le tengo, gracias por ser mi ejemplo, mi guía, te amo mamá. Y a mi abuelo cuyo recuerdo es y será siempre el impulso que guía mi vida.

Fiorella Yasmin Aquino Cahuana

A mis padres y hermanos, por su cariño y el apoyo que me transmiten en cada paso que doy, pero en especial a mi madre por ser la mujer guía y el pilar en mi hogar, porque sin ella no sería la persona que hoy soy. Y a mi querida Arlyn por ser la hermana menor que siempre quise tener.

Jhoselyn Yeimy Rodriguez Silva

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

A nuestras familias por el apoyo constante y la confianza vertida en nosotras a lo largo de nuestra carrera profesional.

A la Universidad Nacional de San Agustín por constituir nuestra casa de estudios proveedora de conocimientos estos 6 años de instrucción pre profesional.

A nuestros maestros que han inculcado en nosotras no solo conocimientos, experiencias sino también vocación y ética, siendo grandes modelos a seguir.

A los miembros de la Comunidad LGTB de Arequipa por su disposición y participación en el proceso constructivo de esta investigación.

A nuestra asesora por el tiempo, la paciencia y por ser la guía en el proceso de la elaboración de este estudio, sin cuya ayuda no hubiera sido posible.

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 poner a su consideración el trabajo de tesis titulado: **“DISTORSIONES COGNITIVAS Y DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA, AREQUIPA 2019”**, esperando que, tras su revisión y dictamen favorable, nos permita optar el Título Profesional de Psicólogas

Arequipa, diciembre del 2019

Bachilleres:

AQUINO CAHUANA, FIORELLA YASMIN

RODRIGUEZ SILVA, JHOSELYNN YEIMY

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar si existe relación entre las distorsiones cognitivas y la dependencia emocional en miembros de la comunidad LGTB víctimas de violencia de pareja. Se trabajó bajo un paradigma cuantitativo con un diseño descriptivo correlacional transversal. La muestra fue seleccionada a través de una técnica de muestreo no probabilístico de tipo intencional, se contó con la participación de 103 sujetos pertenecientes a la comunidad LGTB de Arequipa con edades que oscilan entre 18 y 39 años. En un primer momento se obtuvo el consentimiento informado de los participantes y se aplicó un tamizaje de violencia. Posteriormente aquellos participantes que cumplieron los criterios de inclusión fueron evaluados en la segunda fase de aplicación de los instrumentos, los cuales fueron: el inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Luján) y el Cuestionario de Dependencia Emocional (Lemos, M y Londoño, N). Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 23.0 y para relacionar las variables se empleó la prueba no paramétrica χ^2 (chi cuadrada). Los resultados mostraron la existencia de una relación significativa entre las Distorsiones Cognitivas y la Dependencia emocional en la muestra. Además, se encontró que un porcentaje considerable de los sujetos se ubicaban en una categoría diagnóstica con niveles medios y altos de dependencia emocional. Por otro lado, las distorsiones cognitivas que se presentaron con mayor incidencia en la muestra evaluada fueron: Falacia de Recompensa Divina, Interpretación del Pensamiento, Filtraje y Falacia de Razón.

Palabras Clave: Distorsiones Cognitivas, Dependencia Emocional, Comunidad LGTB, Violencia de Pareja.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine if there is a relationship between cognitive distortions and emotional dependence in members of the LGBT community victims of partner violence. We worked under a quantitative paradigm with a descriptive cross-sectional descriptive design. The sample was selected through a non-probabilistic sampling technique of an intentional type, with the participation of 103 subjects belonging to the LGBT community of Arequipa with ages ranging from 18 to 39 years. At first, the informed consent of the participants was obtained and a violence screening was applied. Subsequently, those participants who met the inclusion criteria were evaluated in the second phase of application of the instruments, which were: the Inventory of Automatic Thoughts (Ruiz and Luján) and the Emotional Dependency Questionnaire (Lemos, M and Londoño, N). For the analysis of the data, the statistical package SPSS version 23.0 was used and the non-parametric test X² (chi-square) was used to relate the variables. The results showed the existence of a significant relationship between Cognitive Distortions and Emotional Dependence in the sample. In addition, it was found that a considerable percentage of the subjects were in a diagnostic category with medium and high levels of emotional dependence. On the other hand, the cognitive distortions that were presented with the highest incidence in the evaluated sample were: Divine Reward Fallacy, Thought Interpretation, Filming and Reason Fallacy.

Keywords: Cognitive Distortions. Emotional dependence, LGBT Community, Violence of the Couple.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	II
PRESENTACIÓN	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

LA INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	4
2. OBJETIVOS:.....	11
A. Objetivo general:	11
B. Objetivos específicos:.....	12
3. HIPOTESIS DE INVESTIGACION:.....	12
4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO:	12
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO:	15
6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:	16
A. Distorsiones Cognitivas:.....	16
B. Dependencia Emocional:	16
C. Comunidad LGTB:	16
7. VARIABLES E INDICADORES:	17
A. Identificación de las Variables:	17

B. Operacionalización de las Variables:	18
---	----

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. VIOLENCIA:.....	19
1.1 Diferencias entre Violencia y Abuso:.....	20
1.2 Tipos de Violencia:.....	20
A. Violencia y Abuso Físico:	20
B. Violencia y Abuso Psicológico:	21
C. Violencia Verbal:.....	22
D. Violencia y Abuso Sexual:	23
E. La Violencia Económica:	23
1.3 Términos referidos a la Violencia:	23
A. Violencia contra la mujer:	23
B. Violencia de Pareja:.....	24
C. Violencia doméstica:	25
D. Violencia de Género:.....	26
E. Violencia Intragénero:	26
1.4 Ciclo de la Violencia:	27
A. Ciclo de la Violencia según Leonor Walker:.....	28
B. Ciclo de Violencia MCP según Mónica Cuervo Pérez:	29
1.5 Factores de precipitan la aparición de la Violencia:	32
1.6 Consecuencias de la Violencia de Parejas:.....	34
1.7 Perspectivas Teóricas sobre la violencia en parejas heterosexuales:	35
A. Perspectiva sociológica:	35
B. Perspectiva feminista:.....	36

C. Perspectiva psicológica:	37
1.8 La violencia en parejas LGTB	38
A. Diferencias entre la violencia en parejas heterosexuales y parejas homosexuales:	38
B. Características de la Violencia en parejas LGTB:.....	39
C. Datos estadísticos relacionados a la Violencia en personas LGTB:.....	40
D. Etiología de la Violencia en parejas LGTB:.....	41
E. El agresor en la Violencia en Pareja LGTB:	42
F. La Víctima en la Violencia de pareja LGTB:.....	43
2. LA HOMOSEXUALIDAD	44
2.1 Concepto LGTB:	44
A. LESBIANA:	44
B. GAY:	44
C. BISEXUAL:	45
D. TRANSGÉNERO:.....	45
2.2 Concepto de homosexualidad:.....	45
2.3 Términos Referidos:	46
A. Identidad Sexual:	46
B. Sexo Biológico:	46
C. Identidad de género:	47
D. Orientación sexual:	48
2.4 La homosexualidad ante la sociedad:	50
2.5 Teorías del origen de la Homosexualidad:	50
A. La biológica:.....	51
B. La psicológica:.....	51

C. La mixta:.....	51
2.6 Teorías psicológicas que explican el desarrollo de la identidad sexual	51
A. Teoría del psicoanálisis:	51
B. Teoría del aprendizaje social:.....	51
C. Teoría cognoscitiva evolutiva:	52
D. La teoría del esquema del sexo:.....	52
2.7 El desarrollo de la identidad sexual:.....	54
2.8 Etapas en el Desarrollo de la Identidad Homosexual:.....	55
A. Sensibilización:.....	56
B. Confusión de identidad:.....	56
C. Aceptación de la identidad:	56
D. Compromiso:	56
2.9 Expresión de Genero, roles de género y estereotipos sexuales:	56
A. Expresión de género:	56
B. Roles de Género:	57
C. Estereotipos sexuales:.....	58
3 TEORIA COGNITIVA Y DISTORSIONES COGNITIVAS	59
3.1 Psicología Cognitiva:.....	59
A. Antecedentes históricos sobre la psicología cognitiva:	59
3.2 Principales Conceptos Teóricos:	60
A. Estructura de Significado:	60
B. Cognición:	61
C. Esquemas Cognitivos: (Beck 1979):	63
3.3 Distorsiones Cognitivas y Pensamientos automáticos:	64
A. Pensamientos Automáticos:.....	64

B. Distorsiones Cognitivas:.....	66
C. Diferencia entre Pensamientos Automáticos y Distorsiones Cognitivas:	70
D. Tipos de Distorsiones Cognitivas:.....	72
4 DEPENDENCIA EMOCIONAL	78
4.1 Dependencia Emocional (concepto):.....	78
4.2 Explicaciones sobre la dependencia emocional:	78
A. Teoría Racional Emotiva de Albert Ellis:.....	78
B. Dependencia emocional según la terapia de esquemas:	80
4.3 Características de la Dependencia Emocional:.....	83
A. Relaciones interpersonales:	83
B. Autoestima:.....	86
C. Estado de ánimo y comorbilidad:	86
4.4 Factores causales de la dependencia emocional según Jorge Castelló:.....	87
A. Carencia afectiva y relaciones insatisfactorias en edades tempranas del desarrollo de la persona:	87
B. Mantenimiento de la vinculación y focalización excesiva en fuentes externas de la autoestima:	88
C. Factores causales de tipo biológicos:.....	88
D. Factores socioculturales y de género de la dependencia emocional:.....	89
4.5 Fases de la relación de pareja en las personas con dependencia:	89
A. Fase de euforia:.....	89
B. Fase de subordinación:	90
C. Fase de deterioro:.....	90
D. Fase de ruptura y síndrome de abstinencia:.....	90

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

1. TIPO, MÉTODOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:.....	91
2. POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	92
A. Población:	92
B. Muestra:	92
3. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS:.....	94
A. FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA Y MALTRATO:	94
B. INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS DE RUIZ Y LUJÁN	95
C. CUESTIONARIO DE DEPENDENCIA EMOCIONAL	98
4. PROCEDIMIENTOS:	103

CAPITULO IV

RESULTADOS

RESULTADOS	105
DISCUSIÓN.....	126
CONCLUSIONES	132
SUGERENCIAS	133
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134
ADDENDA	159
CASO 1.....	165
CASO 2	215

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	92
Tabla N° 2	93
Tabla N° 3	93
Tabla N° 4	107
Tabla N° 5	108
Tabla N° 6	109
Tabla N° 7	110
Tabla N° 8	111
Tabla N° 9	112
Tabla N° 10	113
Tabla N° 11	114
Tabla N° 12	115
Tabla N° 13	116
Tabla N° 14	117
Tabla N° 15	118
Tabla N° 16	119
Tabla N° 17	120
Tabla N° 18	121
Tabla N° 19	122
Tabla N° 20	123
Tabla N° 21	124
Tabla N° 22	125

INTRODUCCIÓN

La presente investigación que lleva por título “Distorsiones cognitivas y Dependencia emocional en miembros de la comunidad LGTB víctimas de violencia de pareja, Arequipa 2019” pretende determinar si existe relación entre las distorsiones cognitivas y la dependencia emocional en víctimas de violencia de pareja de la comunidad LGTB de Arequipa, reconociendo en primer lugar los niveles y factores de dependencia emocional e identificando la presencia de distorsiones cognitivas que se manifiestan en los sujetos.

Hasta hace unos años la violencia de pareja se entendía incuestionablemente como sinónimo de estudios sobre la mujer agredida (Castillo y Morales, 2013). Si bien es cierto que este punto de vista generalizado sobre la violencia “normal” en la pareja “normal” contribuyó a la visibilización social del fenómeno de la violencia hacia la mujer, también lo es que generó cierta “desatención, desenfoque e invisibilización de fenómenos y procesos en parejas no estándar, como las de tipo gay o lésbico” (Cantera y Bloch, 2010, p. 126).

Algunos estudios nos permiten vislumbrar parte de la problemática en esta población, uno de ellos fue realizado por el Centro de Investigación Interdisciplinaria en Sexualidad, Sida y Sociedad (2017), durante el 2016 en Perú, donde se registró un total de 18 muertes dentro de la comunidad LGTB, donde el 27% fueron asesinatos a manos de la pareja estable u ocasional; y respecto a la violencia sufrida, se identificó que 14 casos tuvieron como perpetrador también a la pareja, donde el 50% de las víctimas fueron mujeres transexuales, 29% lesbianas y 21% gays. Además, según Amnistía Internacional (2017), diversas ONG’s han identificado durante el mismo año, un total de 43 casos de “riesgo para la seguridad personal”, amenazas e intimidación hacia estas personas.

Sumado a esto, Laura Gómez y Karla Montenegro realizaron una investigación sobre dependencia emocional en población homosexual de un centro comunitario de Chiclayo y

encontraron que esta población presentó altos niveles de dependencia emocional, por lo que presentaría una necesidad extrema de orden afectiva hacia su pareja. Esta necesidad de relacionarse y conservar una conexión con alguien, se convierte en una dependencia emocional que no permite funcionar, actuar o sentirse bien, a menos que esté alguien con nosotros el mayor tiempo posible, desencadenando episodios de celos, depresión, ansiedad, actitudes irrationales, entre otros.

En un estudio realizado por Lemos y Londoño (2006), se revela que las personas dependientes, emocionalmente, justifican sus necesidades afectivas de acuerdo con el amor romántico, y generan un procesamiento de información con predominio de lo ideal causando de alguna manera que su juicio sobre lo correcto o incorrecto se vea mermado por una serie de creencias entre las que predomina la valía de la pareja, llevando de esta manera a distorsionar el juicio sobre el comportamiento del agresor lo que actualmente se ha venido estudiando con la denominación de distorsiones cognitivas que presentan estas víctimas.

Como ya hemos mencionado, son pocos los estudios que se han realizado en torno a la violencia de pareja en esta población y menos aun los que relacionan las variables de las distorsiones cognitivas y la dependencia emocional en miembros de la comunidad LGTB con antecedentes de maltrato en sus relaciones de pareja. Es por ello que nos aventuramos a realizar esta investigación que creemos puede servir como guía a futuras investigaciones que traten esta problemática. Esta investigación ha sido estructurada en cinco capítulos.

En el capítulo I, encontraremos el planteamiento y la formulación del problema, objetivos, importancia y limitaciones de la investigación.

En el capítulo II ampliamos los postulados presentados en el primer capítulo a través de una visión más completa proporcionada por la revisión de la literatura.

En el capítulo III presentamos la metodología requerida para este estudio. El tipo de investigación, los sujetos que participaron, los criterios de inclusión y de exclusión, los instrumentos, técnicas y procedimientos que permitieron ejercer un control adecuado a esta investigación.

En el capítulo IV, abarcaremos los resultados obtenidos por esta investigación.

Y para finalizar se expondrá la discusión, conclusiones y las sugerencias. Además, las referencias bibliográficas y la addenda.

CAPÍTULO I

LA INVESTIGACIÓN

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la actualidad, la violencia en sus diversas manifestaciones se ha convertido en un problema social; definiéndose como un patrón de conductas abusivas ubicadas en el contexto de una relación íntima (Merill, 1999; Scarce, 1997; Hickson, Davies, Hunt, Weatherburn, Mcmanus, & Coxon, 1994); estas conductas pueden manifestarse en forma de abuso emocional, físico, y sexual (Russo, 1999) y se suscitan con la finalidad de controlar, coartar y dominar a la otra persona (Farley, 1992; Schornstein, 1997). Se estima que entre el 25-33% de las personas han tenido experiencias de violencia en sus relaciones de pareja (Koss, 1990; Strauss, & Gelles, 1990). No obstante, aclaramos que estas cifras se basan sólo en los casos que han sido informados. Bien sabemos que no toda persona que es víctima de violencia doméstica da parte a las autoridades, por diversas razones entre las cuales destacamos el miedo, la indefensión aprendida, la falta de recursos económicos, la baja autoestima, entre otras. Además, existen muchos casos en los cuales las personas ni tan siquiera reconocen que están involucradas en una relación de violencia.

Es en estos casos, donde las investigaciones han dado paso al estudio de la Dependencia emocional como una variable que contribuye al ciclo de la violencia, determinando que gran porcentaje de las víctimas presenta como un factor común la dependencia emocional hacia la pareja agresora, estos estudios realizados sobre dependencia emocional han tratado de explicar cómo esta condición de dependencia puede influir en la violencia doméstica y las características que hacen que una mujer maltratada no abandone a su pareja (Amor, Bohórquez 2008).

En un estudio realizado por Lemos y Londoño (2006), se revela que las personas dependientes, emocionalmente, justifican sus necesidades afectivas de acuerdo con el amor romántico y generan un procesamiento de información con predominio de lo ideal causando de alguna manera que su juicio sobre lo correcto o incorrecto se vea mermado por una serie de creencias entre las que predomina la valía de la pareja, llevando de esta manera a distorsionar el juicio sobre el comportamiento del agresor, lo que actualmente se ha venido estudiando con la denominación de distorsiones cognitivas que presentan estas víctimas.

De esta manera, los estudios indican que, en el caso de las víctimas de violencia doméstica, éstas muestran que su internalización de los modelos cognitivos de la superioridad masculina les impide percibirse a sí mismas como víctimas y las hace vulnerables a las distorsiones cognitivas relativas a sus roles sociales y a su relación con los hombres. Una vez que las mujeres han interiorizado los roles estereotipados que los modelos patriarcales les imponen, es probable que hagan uso de las distorsiones cognitivas y dentro de ellas están la personalización, el etiquetado y la sobregeneralización, siendo más conocidas como “centradas en el otro”, que evidencia la forma en que la víctima de la violencia de género percibe su papel social y está muy influenciada por el modelo social del matrimonio, que es valorado positivamente, de

acuerdo con este modelo se representa una medida del éxito de una mujer en la vida y, por consiguiente, no puede retener al marido que es un fracaso, con el fin de ajustarse a los roles estereotipados de las buenas madres y esposas, las mujeres se ven obligadas a satisfacer las necesidades y expectativas de los hombres en lugar de sus propias. Otro tipo de distorsión es la de personalización, que es la percepción de la mujer de sí misma como la causa de algún evento negativo por el cual ella no es originalmente responsable, lo que hace esta distorsión cognitiva es hacerla sentir culpable por no ser capaz de luchar y cambiar la situación de victimización que experimentó en la casa (Perucha, 2006).

De esta forma, las distorsiones cognitivas influyen en el desarrollo y mantenimiento de la violencia, por ejemplo, la negación del problema y culpabilización de la víctima, entre otros, según indican Gannon, Ward, Beech & Fisher (2007). Sin embargo, también se ha estudiado el rol de estas variables en los agresores. Según Perucha (2006) se pueden evidenciar dos categorías de distorsiones que son utilizadas para justificar un comportamiento social inaceptable: centrarse en sí mismos y culpar a otros; la primera hace referencia a que una persona actúa de acuerdo con sus propias opiniones, necesidades, derechos, sentimientos y deseos inmediatos sin considerar las opiniones de los demás, mientras que la distorsión cognitiva “culpar a los demás” sería la que subyace a la violencia doméstica, en caso de los agresores ya que consiste en atribuir la culpa de los propios actos a fuentes externas, al culpar al otro, el agresor manipula la situación de victimización y justifica el ejercicio de la fuerza sobre la base de que el comportamiento de la mujer debe ser disciplinado o castigada.

Otros estudios a su vez destacan una tendencia elevada, por parte de los agresores de violencia de género, de negar el problema, promoviendo en ellos poco sentido de responsabilidad. En efecto, los agresores pueden negar, justificar o racionalizar lo ocurrido para evitar su responsabilidad, dirigiendo la culpa hacia la víctima (Dobash y

Dobash, 2011; Expósito y Ruiz, 2010; Herrera y Expósito, 2009). Además, los agresores presentan pensamientos que no corresponden con la realidad, carencias psicológicas significativas y sesgos cognitivos sobre la mujer, así como ideas equivocadas sobre la legitimación del uso de la violencia como forma adecuada para la resolución de conflictos. Destaca que la detección de pensamientos distorsionados en hombres agresores es frecuente, siendo habitual que se produzcan respecto a los roles sexuales, considerando a la mujer inferior (Echeburúa, Amor y Corral, 2011; Echeburúa y Corral, 2002; Fernández Montalvo y Echeburúa, 1998; Torres y López-Zafra, 2010).

De acuerdo, a la alta gama de investigaciones que hay sobre este tema, es lógico pensar que la violencia doméstica haya estado presente en nuestra historia como sociedad por dos razones primordiales; la distribución desigual del poder entre las personas que propicia un ejercicio inadecuado del mismo y la forma en que se construyen las identificaciones de género, lo cual promueve que un género tenga poder y dominio sobre el otro (Haskell, 2001; Klinger, 1995).

Sin embargo, el movimiento feminista fue el responsable de colocar en la mirilla el asunto de la violencia doméstica, llevando a la luz pública los casos de las mujeres que habían sido víctimas de maltrato a manos de sus compañeros (Burke & Follingstad, 1999, Toro-Alfonso, 1999). Esta acción marcó un momento en la historia del activismo político a favor de los derechos de las mujeres, pero también contribuyó a generar la visión de que la violencia doméstica era un problema exclusivamente heterosexual. Por esta razón, los esfuerzos realizados, aún hoy día, han estado dirigidos a tratar el tema desde este marco (Hamberger, 1996), ignorando que la violencia doméstica no discrimina por la orientación sexual de la persona.

Es así que a diferencia del vasto cúmulo de investigaciones que existen sobre la violencia doméstica en parejas heterosexuales, lo cual ha favorecido la elaboración de

teorías explicativas y preventivas sobre la misma, los estudios sobre ésta en parejas del mismo género han brillado por su ausencia. Fue hace muy poco tiempo que miembros de la comunidad LGTB se dieron a la tarea de identificar la prevalencia de este tipo de violencia en parejas del mismo género (Renzetti, 1997, 1998; Shernoff, 1995). Lobel, Island y Letellier (1986; 1991) fueron los pioneros en exponer que la violencia doméstica en dicho contexto no sólo existía, sino que alcanzaba cifras alarmantes. Estos investigadores estimaron que al menos 500,000 hombres gay en los Estados Unidos eran víctimas de violencia doméstica y un número similar eran agresores. Un estudio que se realiza anualmente con esta población identificó que uno de cada cuatro hombres ha estado involucrado en relaciones violentas (NCAVP, 2000). Este estimado es congruente con las estadísticas en parejas de mujeres lesbianas (De Vidas, 1999; Klinger & Stein, 1996). En otros estudios, vemos que Kelly y Warshafsky (1987) encontraron que el 47% de sus participantes habían experimentado violencia doméstica en sus relaciones.

Por otra parte, Burke y Follingstad (1999), y Toro-Alfonso (1999a; 1999b) identificaron que entre un 7-13% de los participantes de sus estudios habían sido víctimas de violencia física; Nieves-Rosa, Carballo-Diéguez y Dolezal, (2000) encontraron un porcentaje más alto (35%). Los hallazgos de estos últimos y los del estudio de Toro-Alfonso (1999a; 1999b) coincidieron en que un mayor número de personas (33-50%) reportó haber sido víctima de violencia psicológica por parte de su pareja. Ante cifras tan alarmantes, es importante cuestionarnos las razones por las cuales la violencia entre parejas del mismo género fue un problema ignorado por tanto tiempo. No debe sorprendernos que las explicaciones estén relacionadas con el prejuicio y la marginación existente hacia las minorías sexuales. Son múltiples los factores que explican por qué el tema de la violencia doméstica en parejas del mismo género permaneció invisible. Entre estos podemos mencionar los siguientes: (1) la homofobia,

la discriminación y el sexism o en torno a las personas LGTB; (2) la negación del problema por parte de las personas miembros de la comunidad gay y lésbica motivadas por el temor a fomentar ataques homofóbicos provenientes de la comunidad heterosexual (Elliot, 1996; Hamberger, 1996; Hanson, 1996; Island & Letellier, 1991; Merrill, 1999a, 1999b; Renzetti, 1992); (3) el énfasis que esta comunidad puso en otros problemas como el VIH/SIDA y la opresión que experimentaban a manos de organizaciones políticas de derecha y grupos religiosos; (4) las víctimas estaban reacias a acudir a instituciones como la policía, el sistema judicial, o escenarios que ofrecían servicios de salud física y mental debido al prejuicio, la hostilidad, y a la falta de interés que percibían (De Vidas, 1999; Fray-Witzer, 1999); y (5) los mitos existentes sobre la violencia doméstica, entre otros.

En el Perú, de acuerdo al Centro de Investigación Interdisciplinaria en Sexualidad, Sida y Sociedad (2017), durante el 2016, nuestro país registró un total de 18 muertes dentro de la comunidad, donde el 27% fueron asesinatos a manos de la pareja estable u ocasional; y respecto a la violencia sufrida, se identificó que 14 casos tuvieron como perpetrador también a la pareja, donde el 50% de las víctimas fueron mujeres transexuales, 29% lesbianas y 21% gays. Además, según Amnistía Internacional (2017), diversas ONG's han identificado durante el mismo año, un total de 43 casos de “riesgo para la seguridad personal”, amenazas e intimidación hacia estas personas; dejándose en claro que es una estadística aproximativa.

Cabe resaltar que, cada una de las cifras mencionadas dependen de la cantidad de denuncias realizadas o de los testimonios contados; por ejemplo, de los 95,571 casos atendidos por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables hasta setiembre del presente año sobre la violencia ejercida en hombres y mujeres, se sabe que solo 0,045% de ellos fueron manifestados por personas LGTBI y el resto por heterosexuales (Centro Emergencia Mujer, 2018). Así se evidencia que esta comunidad considera el hecho de

denunciar como una decisión muy difícil de tomar, ya que, al encontrarse en el proceso de reconocer su propia sexualidad, viven con el temor de que al compartirla con los demás, sufran algún tipo de represión o que la Policía Nacional y/o entidades que administran la justicia, no tomen con seriedad su caso por los diversos prejuicios, los discriminen, se burlen de ellos o hagan pública su sexualidad (Infante, 2015).

Actualmente se evidencia una mayor visibilidad de la comunidad LGTBI; en ese sentido, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2018) publicó los resultados de la primera encuesta virtual realizada por una entidad del estado a favor de esta población, donde se identificó que un poco más de 12 mil peruanos mayores de 18 años se identifican como lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales.

Así mismo en el campo investigativo en nuestro país existen pocas investigaciones que aborden la violencia en parejas LGTB siendo uno de ellos el estudio realizado por Rojas y Roldan (2018) en la investigación denominada “Violencia de pareja en estudiantes homosexuales de instituciones educativas superiores públicas y privadas de Lima Metropolitana”, misma que llegó a la conclusión de que dentro de la naturaleza de las expresiones de violencia de pareja, la violencia psicológica es la que predomina, siendo sus expresiones más comunes, la manipulación, la humillación, el aislamiento social, y los comentarios desvalorizantes; asimismo, solo se encontró una expresión específica dentro de la violencia de pareja homosexual, siendo esta el outing forzoso.

Además, se concluyó que la violencia sexual tiene una representatividad considerable, siendo las relaciones sexuales forzadas, la mayor expresión de esta naturaleza, teniendo un trasfondo de manipulación con fines sexuales. Así mismo respecto a los argumentos explicativos de la víctima, se concluyó que la principal explicación de violencia se relacionaba con la sensación de soledad y la ausencia de soporte social, lo cual demuestra que las parejas homosexuales tienen mayores

probabilidades de riesgo, debido al estigma y discriminación asociada a su orientación sexual.

Por otro lado, es importante mencionar también, que en nuestro contexto nacional existen investigaciones que abordan temas de distorsiones cognitivas en esta población, pero con un enfoque basado en su orientación sexual, características propias de esta minoría o la generación de estas en respuesta al entorno social sin involucrar temas vinculados a la violencia de pareja ni tampoco factores de dependencia emocional propiamente dichos. En cuanto a la dependencia emocional, existe la misma perspectiva estudiándola como una variable independiente a la violencia de la pareja. Por otro lado, si bien es cierto que, la teoría ofrece gran cantidad de información respecto a estas variables en parejas heterosexuales, encuentra ciertas dificultades y menos proporción en relación a parejas homosexuales.

De esta manera y frente a los argumentos planteados nos hacemos las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son los tipos de distorsiones cognitivas y los niveles de dependencia emocional que presentan las víctimas de violencia de pareja de la comunidad LGTB de Arequipa?

¿Existe relación entre la presencia de distorsiones cognitivas y los niveles de dependencia emocional en víctimas de violencia de pareja de la comunidad LGTB de Arequipa?

II. OBJETIVOS:

A. Objetivo general:

Determinar si existe relación entre la presencia de distorsiones cognitivas y los niveles de dependencia emocional en víctimas de violencia de pareja de la comunidad LGTB de Arequipa.

B. Objetivos específicos:

- a. Detectar víctimas de violencia de pareja en los miembros de la comunidad LGTB de Arequipa.
- b. Identificar las distorsiones cognitivas que presentan las víctimas de violencia de pareja de la comunidad LGTB de Arequipa.
- c. Medir los niveles y factores de dependencia emocional que presentan las víctimas de violencia de pareja de la comunidad LGTB de Arequipa.
- d. Correlacionar las distorsiones cognitivas y los niveles de dependencia emocional encontrados en las víctimas de violencia de la comunidad LGTB de Arequipa.

III. HIPOTESIS DE INVESTIGACION:

Existe relación entre la presencia de distorsiones cognitivas y los niveles de dependencia emocional de las víctimas de violencia de la comunidad LGTB de Arequipa.

IV. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO:

Esta investigación expone el tema de la violencia de pareja en miembros de la comunidad LGTB en Arequipa, abordándolo como un problema social latente en nuestros días pero que evidencia ser una realidad poco estudiada, siendo los porcentajes de investigaciones muy bajos en nuestro contexto, realidad que a nuestro entender actúa como un agente que contribuye a invisibilizar este dilema, debido a que al parecer la temática de las minorías sexuales ha sido poco estudiada a nivel académico en nuestro país. Sin embargo, esta realidad no excede a otras a nivel mundial; ya que, según investigadores del tema, los estudios en homosexuales y lesbianas relacionados al maltrato son un fenómeno poco estudiado, en contraste a la alta tasa de publicaciones que examinan la dinámica de la violencia heterosexual que en los últimos años ha

superado con creces este tipo de investigaciones (Murray, Mobley, Buford & Seaman-Dejohn, 2007; Ortega, 2014).

Históricamente, la violencia íntima entre parejas del mismo sexo ha sido un tema poco relevante para la comunidad homosexual, debido a que se hacía hincapié en asuntos que eran más importantes y urgentes en esta comunidad; ejemplo de esto son la homofobia y el heterosexismo que se han abordado dentro de los ámbitos político y jurídico, en los argumentos a favor de los matrimonios del mismo sexo y beneficios a las parejas. También las cuestiones relativas al VIH / SIDA y la discriminación en la escuela y en el trabajo han recibido mucha atención (Ortega, 2014). Sin embargo, en los últimos años parece ser que miembros de la propia comunidad han mostrado un interés cada vez más fuerte por estudiar esta variable, muestra de esto fue que la confederación española “LGTB” realizó desde el 2014 marchas y mostró contabilizaciones de casos que se pudieron registrar en los últimos diez años, ya que porcentajes a nivel mundial de víctimas e incluso decesos, producto de la violencia intragénero, no son contabilizados siendo este uno de los pedidos que constantemente realizan este tipo de agrupaciones, en su mayoría europeas. Es así que, la asociación “Colegas LGTB”, la Asociación de Comunicación y Prensa LGBT+ y el Observatorio Español contra la LGBTfobia en abril del 2018, aseguraron que lograron registrar en menos de 10 años, 15 casos cuyos desenlaces fueron la muerte de la víctima de violencia por parte de su pareja, enfatizando que esta pequeña estadística solo menciona los casos más mediáticos, dejando en claro que estas cifras constituyen solo la punta del iceberg de un problema que a su entender resulta tabú. Por otro lado, también existen estadísticas de los Estados Unidos, el Reino Unido y Australia y todos tienen casi la misma información. En los Estados Unidos, el Centro para el control de la enfermedad, hizo una encuesta de cuantas personas LGTB han sido una víctima de la violencia doméstica. El porcentaje de “SÍ” fue 38% para las

lesbianas, 61.1% para las mujeres bisexuales, 25% para los hombres homosexuales, y 37.3% para los hombres bisexuales. Otra encuesta dice que el 34.6% de todas las personas transgéneros han sufrido la violencia doméstica. “Stonewall”, una ONG en el Reino Unido, hizo una encuesta y una cuarta parte de las lesbianas y mujeres bisexuales y la mitad de los hombres gais y bisexuales respondieron “SÍ”. La encuesta del Centro de investigación australiano de salud y sexualidad dice que en la población LGTB, el 41% de los hombres y el 28% de las mujeres han sufrido la violencia doméstica.

Por las razones expuestas, la importancia de este estudio pretende no sólo poner al tapete esta problemática en nuestro contexto, en donde, a nuestro parecer es poco atendida y dar pie a nuevas investigaciones que atiendan esta necesidad que parece evidente, sino también orientar los resultados de tal manera que contribuyan y permitan que no sólo los ciudadanos como personas individuales analicen la violencia como un tema integral con diversos factores y formas, entendiéndose que no se manifiesta como un fenómeno que se limita a un sector de nuestra población sino también a nuestras instituciones y evidentemente a sus profesionales quienes actúan de manera diaria enfrentando este tipo de casos. Específicamente nos preguntamos si realmente estamos preparados, como sociedad y como agentes de cambio desde nuestra profesión, a atender de manera adecuada los casos de violencia homosexual que de por sí no son denunciados por temor y otros factores ya descritos, poniendo a su vez una cuota para evaluar nuestra tarea y nuestro trabajo para ayudar a esta población. De esta manera pretendemos contribuir a mejorar el trabajo de prevención, promoción e intervención desde la óptica psicológica. Incitando a nuestros colegas a ser partícipes en esta labor, mediante la elaboración de sesiones de trabajo individual y grupal, a través de talleres de entrenamiento y psicoeducación respecto a temas como autoestima, assertividad, habilidades sociales y técnicas de afronte que permitan a estas personas su

reestructuración como individuos orientados a su valoración personal y autoaceptación que les permita generar en la sociedad no solo la visibilidad que persiguen sino también conductas que modifiquen la percepción que actualmente se maneja frente a esta minoría, reduciendo su exposición en temas triviales y aumentando la aceptación de los mismos a diferentes entornos educativos, laborales, sociales, etc.

Por otro lado, nos orientamos también a los miembros de la comunidad LGTB a quienes esperamos brindar una visión global de este problema, intentando mostrar dos variables que actúan como base en los casos de violencia, permitiendo que nuestros resultados logren generar una visión integrada y más real de su problemática en pro de la búsqueda de las medidas necesarias en beneficio de su salud mental y el abordaje desde su óptica de este tipo de fenómeno social que incide en el establecimiento de sus relaciones diarias, esperando que actúen como agente de cambio, optando por ser partícipes en este tipo de investigaciones. En síntesis, este trabajo de investigación está orientado a crear impacto en distintas esferas, esperando que nuestros resultados se vean reflejados en la población afectada, mujeres, hombres, niños y homosexuales.

V. LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

La presente investigación tuvo las siguientes limitaciones:

- A. Debido a que la investigación se realizó con miembros de la comunidad LGTB, fue necesaria la presentación de un permiso, sin embargo, no se pudo acceder a un documento firmado por lo que solo se obtuvo un permiso verbal por parte de la red, para acceder a las reuniones y eventos que llevan a cabo y que tienen asistencia de esta población.
- B. A pesar de que se logró realizar la investigación con la muestra que se presenta en este estudio, se tuvo dificultad para poder acceder a ella debido a que no todos los sujetos evaluados cumplieron con los criterios de inclusión, específicamente, no solo el tiempo

de duración de las relaciones de este tipo de minoría que suelen ser esporádicas o de corta duración, sino también, porque muchos de los sujetos evaluados negaban haber sido víctimas de violencia de pareja, y se negaban a ser parte del estudio.

- C. El alcance de esta investigación no permite que nuestros datos sean generalizados a la población estudiada, porque en la investigación se utilizó un muestreo no probabilístico.

VI. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

A. Distorsiones Cognitivas:

Son los errores del pensamiento en la forma de pensar, creencias que el sujeto da por ciertas pero que en realidad son parcial o totalmente falsas, actúan de forma significativa en la percepción que el sujeto posee, afectando de tal manera su comportamiento. (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2008 p. 26).

B. Dependencia Emocional:

La dependencia emocional consiste en la necesidad extrema de orden afectiva que una persona siente hacia su pareja, a lo largo de sus diferentes relaciones. Así pues, cuando una persona presenta dependencia emocional se caracteriza por tener pensamientos, sentimientos y actitudes de sumisión, subordinación e idealización hacia la pareja, procurando tener una fácil ubicación del mismo, priorizándolo, con miedo a que la relación se termine, entre otros pensamientos disfuncionales (Castello, 2005, p. 28).

C. Comunidad LGTB:

LGBT es la sigla que representa las personas “lesbianas, gais, bisexuales y transgénero”; LGBTI representa a las personas “lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersex”. Si bien esos términos tienen una resonancia mundial cada vez mayor, en

diferentes culturas pueden utilizarse otros términos para describir a las personas del mismo sexo que tienen relaciones sexuales y a las que exhiben identidades de género no binarias (como los hijra, meti, lala, skesana, motsoalle, mithli, kuchu, kawein, travesti, muxé, fa'afafine, fakaleiti, hamjensgara y two-spirit) (ONU, 2011)

VII. VARIABLES E INDICADORES:

A. Identificación de las Variables:

Variable 1: Distorsiones Cognitivas

Variable 2: Dependencia Emocional

B. Operacionalización de las Variables:

Variables	Indicadores	Valor	Ítems	Índice	Nivel de Medición	
DISTORSIONES COGNITIVAS	Filtraje	0-2	1,16,31	No presenta	Por Intervalo	
	Pensamiento Polarizado		2,17,32			
	Sobregeneralización		3,18,33			
	Interpretación del Pensamiento		4,19,34			
	Visión Catastrófica		5,20,35			
	Personalización	3-5	6,21,36	Presenta		
	Falacia de Control		7,22,37			
	Falacia de Justicia		8,23,38			
	Falacia de Cambio		9,24,39			
	Razonamiento Emocional	6-9	10,25,40	Presenta significativamente		
	Etiquetas Globales		11,26,41			
	Culpabilidad		12,27,42			
	Deberías		13,28,43			
	Falacia de razón		14,29,44			
	Falacia de recompensa divina		15,30,45			
DEPENDENCIA EMOCIONAL	Ansiedad por Separación	7-15 17-27 28-42	2,6,7,8,13, 15,17	Bajo	Por Intervalo	
	Expresión Afectiva	4-9	5,11,12,14	Medio		
	Modificación de Planes	10-15 16-24	16,21,22, 23			
	Miedo a la Soledad	3-6	1,18,19			
	Expresión Límite	7-12 13-18	9,10,20	Alto		
	Búsqueda de Atención	2-4 5-8 9-12	3,4			

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. VIOLENCIA:

La violencia es uno de los problemas más importantes de toda sociedad que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad y sigue presente en nuestros días. Sin embargo, cada vez más, la sociedad castiga este tipo de conducta sea el tipo de violencia que sea (violencia de género, violencia hacia menores, violencia doméstica, etc.), así, la conciencia y la protección es cada vez mayor desde todos los ámbitos de la sociedad (Etxeberria, 2008).

No existe una definición única de violencia y ésta variará dependiendo del autor o la autora, así como el ámbito de referencia. Según la Organización Mundial de la Salud (2003, p.5), la violencia es “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra personas o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Esta definición asocia la intencionalidad con la comisión del acto violento, independientemente del resultado que este produzca (Martínez, 2011).

Se excluyen de la definición los incidentes no intencionales. La inclusión de la palabra “poder” además de la frase “uso intencional de la fuerza física”, amplía la naturaleza de un acto de violencia, así como la comprensión convencional de la violencia para dar cabida a los actos que son resultado de una relación de poder, incluidas las amenazas y la intimidación (OMS, 2003).

El fenómeno de la violencia de pareja en jóvenes se constituye en un fenómeno social y de salud pública importante, dado que los estudios revelan una alta prevalencia de este tipo de violencia en jóvenes de distintos países. Los niveles trascienden la clase social, el origen étnico, el nivel socio-económico, el nivel educativo o la orientación sexual (López y Ayala, 2011).

1.1 Diferencias entre Violencia y Abuso:

Ortega (2014) encuentra diferencias entre violencia y abuso afirmando que violencia es un comportamiento, una acción, mientras que abuso es un patrón de intimidación y control, que incluye la violencia dentro de un contexto de poder y dinámicas de control en una relación íntima, y que causa daño psicológico y a menudo físico.

1.2 Tipos de Violencia:

A. Violencia y Abuso Físico:

Se caracteriza por el uso de comportamientos o conductas agresivas repetitivas, con el objetivo de causar dolor a la víctima, “manifestada a través de puños, golpes, patadas, amagos de estrangulamiento, entre otros; este tipo de agresiones son de carácter intencional, nunca accidental, ya que el principal propósito es lastimar a la persona, para crear un sujeto altamente vulnerable, y así poder situar su integridad en riesgo” (Echeburúa & Corral, 2002). Otros autores como Alberdi y Matas (2002), han considerado que mientras que la violencia física corresponde a una escalada que es

progresiva y que puede comenzar con un empujón o pellizco y llegar a lesiones graves y en casos extremos al homicidio; el abuso físico es la imposición intencional o intentar causar daño corporal a otra persona, se produce en un contexto de dinámicas de poder y de control con la pareja abusiva, aspirando a lograr y mantener el control sobre su pareja a través del uso de la fuerza física (Murray & Mobley, 2009:362).

a. Clasificación de la Violencia Física:

Según Torres (2004, p. 81), la Violencia Física suele clasificarse de acuerdo al tiempo que tardan las lesiones en sanar:

- Levísima (empujones, pellizcos, cachetadas etc.).
- Leve (fracturas, golpes con objetos, heridas con arma blanca etc.).
- Moderada (lesiones que dejan alguna cicatriz permanente y que ocasionan discapacidad temporal).
- Grave (que ponen en peligro la vida y dejan lesiones permanentes, muchas veces en órganos internos).
- Extrema (que ocasionan la muerte).

B. Violencia y Abuso Psicológico:

Definida por Echeburúa y Corral (2002), como una desvalorización reiterada, por medio de humillaciones, críticas y amenazas, con las que el agresor atenta contra la víctima e incluso hacia sí mismo. En ocasiones se presentan “comportamientos restrictivos que dificultan la interacción de la víctima con amistades o el uso del dinero para cubrir sus necesidades básicas. También puede existir la presencia de comportamientos o conductas destructivas, ocasionando que la víctima se culpabilice de la situación que está viviendo”. (p. 2). Este maltrato quebranta la integridad psíquica y emocional de la víctima; el agresor manifiesta comportamientos ofensivos e indiferencia constante frente a esta situación. Esta violencia no es tan visible como la

física y es más difícil de demostrar. Muchas veces la víctima no la identifica, sino que la justifica como propia del carácter del agresor.

Expone Asensi (2008) que, a diferencia del maltrato físico, la Violencia Psicológica es considerada sutil y más difícil de percibir, detectar, valorar y demostrar. Se desvaloriza, se ignora y se atemoriza a una persona a través de actitudes o palabras. Se puede identificar, en cuanto se implementan acciones como rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir, poner en tela de juicio la cordura de la víctima, así como teniendo el control abusivo de las finanzas, las recompensas y los castigos monetarios e impedirle trabajar aunque sea necesario para el sostén de la familia, dándole un presupuesto límite; igualmente con el control abusivo de la vida del otro, mediante vigilancia de sus actos y movimientos, escucha de sus conversaciones, prohibición de cultivar amistades, restricción de las relaciones con familiares, intimidación, amenazas con las miradas, gestos o gritos, lanzamiento de objetos o destrozos a la propiedad, intimidación con armas, cambios bruscos y desconcertantes de ánimo, tratar al otro como inferior, tomar las decisiones importantes sin consultarle, amenazar con suicidarse.

Por otro lado, Murray & Mobley (2009) definen el abuso psicológico y emocional como intentos de una persona abusiva para interrumpir el bienestar mental y/o afectivo de su pareja.

C. Violencia Verbal:

Labrador (2004) hace referencia a las actitudes hostiles del agresor por medio del lenguaje verbal, utilizando el uso de reproches, insultos, amenazas, palabras soeces, respuestas agresivas y desprecio por las opiniones y actividades que realiza la otra persona. Se caracteriza por ser la más frecuente en algunos hogares, porque existe la utilización de palabras irónicas o sarcásticas que se agregan frente a una determinada

situación, siendo estas altamente dañinas. En ocasiones va acompañada por la burla o el insulto, produciendo un daño psicológico

D. Violencia y Abuso Sexual:

Violencia Sexual se concibe en aquellas acciones en que la persona es obligada, inducida o presionada a realizar o presenciar algún tipo de práctica sexual no deseada. Se puede dar con o sin penetración. Todas estas prácticas van en dirección contraria al proceso de desarrollo social, sexual y afectivo del sujeto. (Torres, 2004).

En cuanto al abuso sexual se incluyen actos forzados de naturaleza sexual que los perpetradores utilizan para asegurar o mantener su supremacía sobre sus parejas (Murray et al., 2007:16).

E. La Violencia Económica:

La Violencia Económica (Torres, 2004) se identifica por las acciones mediante las cuales se usa a la otra persona a fin de conseguir algún recurso físico y/o material en beneficio de otros, así mismo se usa coartando el desarrollo personal. Implica el manejo abusivo de recursos de la víctima, así como de sus bienes materiales, se expresa por negligencia, igualmente los casos en que se deja de dar dinero, luego de hacer que la mujer lo requiera y se rechace su solicitud. Se presenta en cualquier clase social independiente del monto de dinero.

1.3 Términos referidos a la Violencia:

A. Violencia contra la mujer:

Otra definición, centrada ya en la mujer, es la que da la Declaración de las Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer del 20 de diciembre de 1993. Esta Declaración define, en su artículo 1 la violencia contra las mujeres como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo

femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

Además, en el artículo 2 de la misma Declaración se especifican actos (aunque no son limitantes) en los que se entiende que existe violencia contra la mujer. Estos actos son:

- La violencia física, sexual y sicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación.
- La violencia física, sexual y sicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada.
- La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra” (Naciones Unidas, 1993).

B. Violencia de Pareja:

La violencia de pareja en jóvenes ha sido definida por algunos autores como el “ejercicio o amenaza de un acto de violencia por al menos un miembro de una pareja no casada sobre el otro, dentro del contexto de una relación romántica” (Sugarman & Hotaling, en Poo y Vizcarra, 2008: 82). Por otro lado, la definición de “violencia en la pareja” que da la OMS nos dice que “se refiere a cualquier comportamiento dentro de

una relación íntima que causa daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación. Este comportamiento incluye:

- Agresiones físicas: por ejemplo, abofetear, golpear con los puños, patear.
- Maltrato psíquico: por ejemplo, mediante intimidación, denigración y humillación constantes.
- Relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual.
- Diversos comportamientos denigrantes: por ejemplo, aislar a una persona de su familia y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o asistencia.
- Cuando el maltrato se produce reiteradamente en la relación, el fenómeno suele denominarse “maltrato físico” (OMS, 2003).

C. Violencia doméstica:

Cuando nos referimos a violencia doméstica, estamos hablando de aquella que se da dentro del entorno familiar, se da dentro de un “domicilio”. La violencia doméstica sería aquella que se desarrolla dentro del ámbito que entendemos por “casa” (Cantera, 2002). Según la definición dada por Echeburúa y Corral (1998) la violencia doméstica sería aquella que engloba “todo tipo de agresiones físicas, psicológicas y sexuales o de otra índole, llevadas a cabo reiteradamente por un familiar y que causan daño físico y/o psicológico y vulneran la libertad de otra persona dentro de la familia”. Esta violencia sería pues, aquella que tiene en un estado de sumisión y tensión a la persona agredida a causa de la violencia ejercida por algún miembro del núcleo familiar. Es esta definición la que nos lleva a la conclusión de que la violencia doméstica se desarrolla dentro del ámbito de convivencia y que merma la convivencia pacífica dificultando así el desarrollo afectivo y personal de los miembros. La victimología puede ser diversa variando en edad, sexo o parentesco.

D. Violencia de Género:

Cuando hablamos de maltrato o violencia en el ámbito de las relaciones afectivo-sexuales, solemos caer en el error de pensar que se trata de una realidad que se da exclusivamente en las relaciones heterosexuales. Sin embargo, la realidad es que en las relaciones entre personas del mismo sexo también se dan situaciones de maltrato y/o violencia, tanto psicológica como física (Aldarte, 2008).

E. Violencia Intragénero:

La violencia intragénero está definida como aquel “tipo de violencia familiar que se produce entre cónyuges, parejas, amantes, ex parejas del mismo sexo, con independencia de la duración de dicha relación, donde uno de los miembros de la pareja proporciona malos tratos (físicos, psicológicos, sexuales, etc.) a otro”. No parece estar legitimada por un sistema ideológico o social como ocurre con la violencia de género y el patriarcado, pero posee características similares y otras específicas (FELGTB, 2011).

a. Conceptualización de la violencia intragénero:

La definición de violencia intragénero nos la proporciona Bravo (2014b, p.3), al conceptualizarla como “aquella que se produce en el ámbito de parejas o ex-parejas del mismo sexo/género”. Es un patrón de conducta adoptado por un/a de los/as que conforman la pareja o que conformaron, siendo ya ex-pareja para lograr el control y/o el sometimiento del otro/a. Cuando hablamos de violencia intragénero, no sólo nos referimos las personas lesbianas, gais o bisexuales, sino que también las personas transexuales, en relaciones homoeróticas, también pueden ser parte afectada por este tipo de violencia.

b. Diferencias entre violencia intragénero y violencia de género:

Sin intención de realizar una comparación entre ambas, se vuelve necesaria la aclaración entre ambos términos, dado que a menudo se genera confusión al respecto. La violencia de género hace referencia a la violencia que sufren las mujeres por el hecho de serlo, resulta del sexismo que establece relaciones jerárquicas entre mujeres y hombres, otorgando privilegios a éstos. Según las Naciones Unidas (1995, p52), en la Plataforma de Acción de Beijing “es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo”.

La violencia de género se ampara en una ley integral, la violencia intragénero no se encuentra recogida en una ley específica, lo que no supone que las víctimas/supervivientes de este tipo de violencia estén desprotegidas y/o discriminadas. La ley aborda una realidad muy concreta que es la violencia de hombres a mujeres en el marco de parejas o ex-parejas debido a la desigualdad, fruto del sexismo, pero la violencia intragénero estaría penalizada (aunque no con esa denominación) en el Código Penal. La violencia intragénero no se articula en torno al sexismo ni a la desigualdad de poder histórica entre mujeres y hombres, por tanto, aunque algunas de las manifestaciones de violencia intragénero coincidan con las de violencia de género, no es menos cierto que existen especificidades que le son propias, además de un origen distinto. (Bravo, 2014b, p.5)

1.4 Ciclo de la Violencia:

Las mujeres víctimas de violencia doméstica están sometidas a un ciclo compuesto por una serie de comportamientos repetitivos en el tiempo y cada vez más frecuentes y graves. Incluso conforme la agresión se hace más brutal la fase de reconciliación puede

desaparecer en algunos casos. El abusador selecciona el momento propicio para actuar, elige tácticas con el fin de asustar y aterrorizar a la víctima para mantener el dominio sobre ella. La violencia no se relaciona con la edad, el estado civil, la riqueza o posición social, todos podemos ser víctimas de violencia, ya que proviene de cualquier sector social (Rojas, 2002).

I. Ciclo de la Violencia según Leonor Walker:

Desde la revisión de la literatura, Leonore Walker (1979) propone para la población estadounidense un Ciclo de Violencia compuesto por tres fases: acumulación de tensión, episodio de agresión y la luna de miel.

a. Aumento de tensión:

Tiempo de duración días, semanas, meses o años. Ocurren incidentes menores de agresión de diversas formas como gritos, peleas pequeñas. La mujer ante los incidentes menores evita cualquier conducta que pueda provocar al agresor, trata de calmarlo, tiene esperanza de que cambie, “acepta sus abusos”, se niega a sí misma que está enojada por ser lastimada, busca excusas para culparse a sí misma, tiende a minimizar los incidentes, evita al agresor, lo encubre con terceros, aumenta la tensión al extremo de caer en la fase de agresión. Por otro lado, el agresor se muestra irritable, sensible, tenso, cada vez se vuelve más violento, más celoso incrementando las amenazas y humillaciones hasta que la tensión es inmanejable (Jiménez, 2008; Rojas, 2002).

b. Incidente agudo de agresión:

Tiempo de duración de 2 a 24 horas. Es la descarga incontrolable de las tensiones que se ha venido acumulando en la fase anterior, hay falta de control y destructividad total, la víctima es gravemente golpeada, ella buscará un lugar seguro para esconderse, hay distanciamiento del agresor. Los agresores culpan a sus esposas por

la aparición de esta fase, sin embargo, estos tienen control sobre su comportamiento violento y lo descargan selectivamente, en esta fase es cuando ella puede poner la denuncia o buscar ayuda.

c. Arrepentimiento y comportamiento cariñoso:

Generalmente es más larga que la segunda fase y más corta que la primera. Se caracteriza por un comportamiento cariñoso, de arrepentimiento por parte del agresor, pide perdón, promete que no lo hará de nuevo porque cree que la conducta de la esposa cambiará, la tensión ha desaparecido, ella se siente confiada, se estrecha la relación de dependencia víctima-agresor. Es aquí donde las mujeres agredidas pueden quitar las denuncias que han interpuesto (Jiménez, 2008) Cada pareja tiene su propio ritmo y las fases duran un cierto tiempo característico en cada caso, pero la escalada de la violencia se da en etapas cada vez más cortas y violentas (Rojas, 2002)

II. Ciclo de Violencia MCP según Mónica Cuervo Pérez:

En este se encuentran 3 fases y factores en común, antes, durante y luego de la violencia. Estos permanecen a través del tiempo y se dan de la siguiente manera:

a. Primera Fase:

Compuesto por Violencia Psicológica, Verbal y Económica.

Sub Categorías:

▪ **Incertidumbre:**

Representada en aquellos pensamientos repetitivos y constantes de la víctima en torno al temor del rompimiento de su relación afectiva, dado que su agresor ha amenazado de forma directa e indirecta (con echar, abandonar, dejar, y/o marcharse), generando dicha incertidumbre en la mujer. Las amenazas y temor se dan en relación a la fluctuación del agresor, por lo tanto, la víctima no sabe qué puede suceder y teme perder la relación afectiva que ha mantenido hasta ahora.

- **Detonante:**

Son aquellos actos, palabras y conductas, que siguen a la incertidumbre. Son argumentados por la pareja como la razón que provoca la violencia. Sin embargo, por lo general, son falsos e irreales y representan solo una justificación por parte del victimario. Por tanto, cualquier situación o palabra por simple que parezca, servirá como pretexto para dar lugar a la agresión hacia la pareja.

- **Actos de Tensión:**

Son aquellos que preceden la Violencia Física y anticipan la siguiente fase. También son parte del castigo, ya que pueden ocasionar dolor a nivel emocional. Generalmente las situaciones específicas que ocasionan dicho dolor difieren en cada relación, debido al conocimiento previo que tiene el agresor de su víctima, lo que le permite identificar la manera más efectiva de ocasionarlo.

b. Segunda Fase:

Incluye Violencia Física y/o Sexual.

Sub categorías:

- **Violencia:**

Es el comportamiento directo que imparte el agresor sobre su víctima. Dichos actos fundados en los detonantes y situaciones propuestas por él mismo durante la primera fase, pueden ser desde un empujón, cachetada, puño, patada, halar el cabello, mordiscos, entre otros, que provocan dolor físico, castigo del cual es merecedora la víctima, por la situación supuestamente provocada. El agresor se ve en la obligación de impartir una lección para que no se repita.

- **Defensa – Autoprotección:**

La víctima no se asume siempre en el papel de sumisión frente a su agresor; por el contrario, responde mediante alguna de las modalidades de violencia, mientras es

castigada. Se conocen casos en los cuales la víctima se presenta demasiado atemorizada frente a su victimario y por lo tanto no responde con actos violentos en su defensa. Sin embargo, implementa el uso de imaginarios para protegerse de su agresor.

c. Tercera Fase:

Reconciliación: promesas por parte del agresor y esperanza de cambios por parte de la víctima.

Sub categorías:

▪ **Reconciliación:**

Desde el planteamiento de Leonore Walker, el agresor se muestra arrepentido por la violencia ejercida hacia su pareja y promete que no se repetirá. Lo que cabe resaltar de esta categoría es que a pesar de que el agresor promete hacer cambios en su conducta no lo logra; esto es debido a que no hay una causa real del maltrato; por lo tanto, no sabe lo que debe cambiar. Por ello el acto violento se repite con el mismo o un nuevo detonante.

▪ **Justificación:**

Se da luego de que la víctima accede a la reconciliación, dando paso a replicar la posición de su agresor, pues cree que en realidad debe cambiar su comportamiento, porque no ha actuado de la forma correcta como le ha hecho creer su agresor, y asume que aprendió una lección. Por tanto, pasa por alto la violencia ejercida hacia ella; en ocasiones divide las cargas de culpa y en otras las asume totalmente, sintiéndose responsable por lo sucedido.

▪ **Aceptación:**

Aquí la víctima ve lo ocurrido como algo cotidiano y acepta la violencia, puesto que la percibe como una estrategia de resolución de conflictos, haciéndola parte de

las características de su familia y las dinámicas que esta maneja. Se detecta una categoría adicional, que se presenta de forma transversal al Ciclo de Violencia, la dependencia. Esta no permite el rompimiento del ciclo. Se infiere que gira en torno a ella, dado que lo que se pretende todo el tiempo es no perder al otro. El temor lo genera la posibilidad de dicha perdida. Es por ello que se permiten la violencia y sus repeticiones desde múltiples modalidades, ya que se piensa y actúa bajo la pretensión de mantener una relación de pareja al costo que sea. También se describe una categoría excepcional, en relación a la posibilidad de romper con el Ciclo.

- **Rompimiento del ciclo:**

Se presenta luego de que la víctima cambia los imaginarios sobre la posibilidad de que el agresor y la relación cambien, es decir, en cuanto la víctima se hace consciente de que la relación puede permanecer así durante toda su vida y que las promesas de cambio de su agresor seguirán siendo promesas. Como consecuencia se romperá el ciclo, al generarse un cambio en la víctima. Puede darse con el rompimiento de la relación, aunque esto no asegure el rompimiento del ciclo en todos los casos, puesto que en ocasiones hay factores externos que puede ser justificación para el mantenimiento de la relación de pareja.

1.5 Factores de precipitan la aparición de la Violencia:

Estos tipos de violencia surgen de ciertos factores que pueden influir y/o precipitar su aparición, y que son de tipo:

- Individual
- Relacional
- Social.

Algunos de estos factores son: la observación de violencia entre los padres, la aceptación de la violencia en la relación de pareja, tener amigos o conocidos que han

sido víctimas o victimarios de dicha violencia, los roles tradicionales de género y la experiencia de haber sido víctima de violencia por parte de la familia de origen (Rey - Anacona, 2008; Sanhueza, 2016). Los principales factores de riesgo se relacionan mayoritariamente con factores de interacción social, sea desde la temprana infancia en la relación con los propios cuidadores, hasta futuras relaciones maduras, además de la propia cultura patriarcal que implanta la sociedad actual (Rey-Anacona, 2008; Sanhueza, 2016).

Otros factores sociales son la aceptación y justificación de la violencia que incrementa la probabilidad de ejecutar actos de maltrato hacia la pareja, tanto si la víctima como el/la victimario/a aceptan su ejercicio como algo natural o posible en la relación de pareja (Rey-Anacona, 2008).

La precariedad económica también podría explicar el conflicto y el abuso en las relaciones homosexuales y lésbicas, especialmente cuando lleva a sentimientos de inferioridad. Estos sentimientos también pueden ser provocados por el tamaño físico, el atractivo y la estabilidad del trabajo, generándose así una inconsistencia de estatus en las relaciones homosexuales y lésbicas que pueden contribuir a la violencia (McKenry et al., 2006:238). Si bien esto se ha descrito en parejas homosexuales adultas, es probable que también ocurra en la relación de pareja entre jóvenes, especialmente por el atractivo físico y las diferencias socioeconómicas (Stephenson et al., 2014).

Otro factor descrito asociado a la violencia íntima de pareja en jóvenes del mismo sexo, es la obtención de control sobre el otro miembro de la pareja, para elevar de forma explícita el poder de una persona sobre otra. La dependencia económica y emocional son factores tanto en el riesgo de victimización como en el riesgo de perpetrar la violencia íntima de pareja (Téllez & Walters, 2011).

La violencia física puede ser utilizada por los perpetradores, ya que es un medio muy eficaz para obtener el control sobre otra persona, pero las diversas formas de abuso psicológico pueden ser más comunes para sostener el abuso dentro de la misma.

1.6 Consecuencias de la Violencia de Parejas:

Las consecuencias que pueden presentarse son:

- **Consecuencias Fatales:** Donde el agresor/a puede golpear o lastimar hasta matar a la víctima También puede ocurrir que la víctima no soporte la situación y acabe con su vida provocando el suicidio.
- **Consecuencias Físicas:** Lesiones como heridas, quemaduras, contusiones, cortes, traumatismos, hematomas. Pueden llegar a un deterioro funcional o síntomas físicos sin localización como puede ser la cefalea, dolores de espalda.
- **Consecuencias Crónicas de Salud:** Síndrome del intestino irritable, trastornos gastrointestinales, quejas somáticas, dolor crónico, fibromialgia.
- **Consecuencias en la Salud Sexual:** Pérdida del deseo sexual, trastornos menstruales en el caso de las mujeres, enfermedades de transmisión sexual (HPV, HIV, etc.), sangrado, dolores pélvicos, infección urinaria.
- **Consecuencias en la Salud Psíquica:** Depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos post-traumáticos, abuso de drogas, alcohol o medicamentos, tristeza, angustia, trastornos alimenticios, sentimientos de vergüenza, miedo desmedido a la discriminación y la soledad, irritabilidad, baja autoestima, etc.
- **Consecuencias en la Salud Social:** Aislamiento social, pérdida del empleo, pocos días de vida saludable, absentismo laboral.
- **Consecuencias en la salud de los hijos e hijas en caso de haberlos:** Riesgo en el desarrollo integral, dificultad en el aprendizaje y la socialización, adopción de comportamientos de sumisión o violencias con sus compañeros/as, familiares y

amigos/as. Sentimientos de amenaza, aislamiento, miedo constante, enfermedades psicosomáticas frecuentes, vergüenza, desprecio, entre otras.

1.7 Perspectivas Teóricas sobre la violencia en parejas heterosexuales:

Se han desarrollado teorías desde diferentes perspectivas –psicológica, sociológica y feminista, principalmente– que han tratado de determinar por qué la mujer experimenta violencia en la pareja (García, 2014) (cabe aclarar que los diferentes enfoques teóricos presentados aquí se refieren a parejas heterosexuales, es decir, a mujeres emparejadas con varones). Estos enfoques teóricos no son completamente excluyentes, sino que se solapan e interaccionan

A. Perspectiva sociológica:

Esta perspectiva centra su objeto de estudio en los recursos, como factores de riesgo de la violencia contra la mujer en la pareja. Algunos autores exploran los recursos del entorno familiar, mientras que otros se focalizan en los absolutos o personales de la mujer y/o en los relativos respecto del varón. Finalmente, una cuarta vertiente centra su análisis en el barrio/comunidad donde la mujer/la familia vive, es decir, en los recursos contextuales. A grandes rasgos, esta perspectiva asume que el acceso y la disponibilidad de recursos facilitan el empoderamiento de las mujeres y, como tal, tiene consecuencias en las relaciones de pareja. En general, se considera que dicho empoderamiento reduce las chances de experimentar violencia. Sin embargo, al mismo tiempo, hay quienes consideran que, por el contrario, ello puede ser una fuente de conflicto y violencia.

La influencia de los recursos no solo debe considerarse en estos cuatro niveles (familiar, absoluto, relativo y contextual), sino que, además, existen distintos tipos que deben tenerse en cuenta. La bibliografía existente destaca, sobre todo, la influencia de los recursos educativos, económicos, sociales y laborales. Cunradi et al. (2002), por

ejemplo, señalan que los recursos educativos son predictores más significativos de la violencia en la pareja que la situación laboral. Sin embargo, otros estudios sugieren que el estatus ocupacional y los ingresos son factores de riesgo más robustos de la violencia, que el nivel educativo (Cabalpi, 2012). Al mismo tiempo, hay quienes estudian la influencia de otro tipo de recursos como, por ejemplo, la edad y/o el estado civil, entre otros (Abramsky, 2011).

B. Perspectiva feminista:

Además de la perspectiva sociológica, un segundo modelo de análisis, de carácter feminista, también intenta determinar cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que ocurra la violencia hacia la mujer en la pareja. Este enfoque plantea que la razón principal que explica la existencia de este tipo de violencia es el patriarcado (Yllo, 1993), el cual es definido como un sistema social de dominación donde la mujer se encuentra subyugada al varón. Bajo este enfoque, la violencia contra la mujer en la pareja tiene su raíz en las relaciones asimétricas de poder entre varones y mujeres en las sociedades patriarcales, es decir, en las desigualdades de género de tipo estructural. La perspectiva feminista ha sido objeto de críticas considerables en la medida en que asume que la violencia contra las mujeres tiene un carácter universal, es decir, que todas las mujeres son víctimas potenciales de maltrato en tanto que la causa de la violencia está en la desigualdad por razón de género, por el mismo hecho de ser mujeres (García, 2014). Sin embargo, el feminismo no es un movimiento homogéneo y dentro de él se han desarrollado diferentes modelos explicativos de la violencia en la pareja con distintas perspectivas y consideraciones (Medina, 2002). En este sentido, por ejemplo, dentro del modelo feminista surgen las teorías de la interseccionalidad (Medina, 2002). Estas explican la violencia contra la mujer basándose no solo en la desigualdad estructural por razón de género, sino también en otros tipos de desigualdades, como

pueden ser las producidas por cuestión de etnia, religión o clase social (Medina, 2002). En definitiva, este modelo feminista relaciona la violencia hacia la mujer con la exclusión social, por lo que comparte muchos de sus puntos de estudio con los realizados por algunas vertientes de la perspectiva sociológica, aunque difieren en el análisis de los resultados, precisamente porque desde la teoría de la interseccionalidad se adopta una perspectiva que también tiene en cuenta al género (García, 2014). De esta forma, bajo este modelo, se pierde el mensaje de carácter universal transmitido por la línea del feminismo anteriormente descrita, ya que el riesgo de sufrir violencia no dependería únicamente de ser mujer, sino de la intersección de ser mujer y, por ejemplo, extranjera, joven y/o de clase social baja (García, 2014).

C. Perspectiva psicológica:

Por último, un tercer modelo de análisis se centra en el estudio de las características individuales, tanto de la víctima como del agresor, desde una perspectiva psicológica. Se plantea que determinadas enfermedades mentales, los déficits en habilidades sociales, la violencia en la familia de origen y el consumo de alcohol están vinculados de forma significativa a la violencia hacia la mujer en la pareja. De esta forma, se asume que la violencia es un problema individual independiente del contexto sociocultural y de cuestiones estructurales.

Por un lado, esta vertiente se ha centrado en el estudio de determinados desórdenes de la personalidad y ha concluido que los varones violentos con sus parejas tienen más síntomas vinculados a estos desórdenes. Uno de los trastornos de personalidad analizados ha sido la depresión, y en ese estudio se destaca que los hombres maltratadores la sufren en mayor medida que los no maltratadores (Hart, 1993). Otros factores estudiados desde la psicología son los déficits en habilidades psicosociales. Por ejemplo, manifestar deficiencias en ámbitos de comunicación, empatía y

asertividad ha sido vinculado positivamente con el maltrato, por lo que la carencia de habilidades para la resolución de conflictos puede favorecer un mayor recurso a la violencia (Hart, 1993).

Por otro lado, diversos estudios muestran que los varones que tienen problemas con el alcohol y/o con las drogas son más proclives a agredir a sus parejas. Mientras algunos autores señalan que este efecto es pequeño, otros lo consideran como uno de los más fuertes predictores de la violencia hacia la mujer (Cooker, 2000). Se sugiere que el consumo está asociado a la violencia en la medida en que reduce las inhibiciones y afecta la habilidad para interpretar las pautas sociales. Por último, la victimización en la familia de origen también ha sido una de las variables más relevantes para explicar la violencia hacia la mujer en la pareja desde la perspectiva psicológica, basada en las teorías del aprendizaje social y de la transmisión intergeneracional. Este factor se ha analizado en dos direcciones: cuando, durante la infancia, se ha sido testigo de violencia entre los padres o bien cuando ha sido víctima de agresiones por parte de alguno de los progenitores. Se evidencia que aquellos individuos que provienen de un entorno familiar violento (ya sea como víctimas o testigos) normalizan el uso de la violencia para resolver los conflictos en la pareja y, por tanto, se convierte en un factor de riesgo tanto para la victimización como para la perpetración de violencia en la pareja.

1.8 La violencia en parejas LGTB

A. Diferencias entre la violencia en parejas heterosexuales y parejas homosexuales:

Cesaretti (2010) aportó desde su experiencia, una interesante investigación contribuyendo a especificar cuál es la diferencia en la violencia dentro de las parejas homosexuales y heterosexuales, enumerándolas en seis puntos:

- Un creciente aislamiento, la violencia dentro de las parejas, tiene como resultado el aislamiento, que puede profundizarse en las parejas homosexuales por vivir en una sociedad homofóbica.
- Los homosexuales tienen menos servicios de ayuda y asistencia a las víctimas, teniendo miedo por las actitudes homófobas que otros puedan llegar a tener.
- Proteger a la comunidad, los homosexuales tienen la necesidad de proteger sus relaciones de la discriminación y los estereotipos sociales, por lo cual, no solo su relación es mal vista por la sociedad, sino también, que para ellos la violencia no es fácilmente concebible.
- El control heterosexista, siendo una de las armas que usa el/la agresor/a, donde utiliza todos los prejuicios homófobos y heterosexistas para dominar y manipular a la víctima.
- El/la agresor/a si es seropositivo, utiliza la enfermedad para aterrizar y humillar a la víctima con que divulgará que también es seropositivo.
- Para que las víctimas homosexuales tengan ayuda deben “salir” (exponerse, afirmar su orientación sexual).
- En todos los puntos influye, puntualmente, el miedo al rechazo por parte de la sociedad, el temor a la exclusión y verse expuesto, quedándose sin un sitio dónde ir. Es así que, tras varias décadas de luchas, aún queda mucho por hacer para conciliar una igualdad verdadera, que incluya la diversidad de elecciones/orientaciones sexuales. Una igualdad que asegure la posibilidad de poder encontrar refugio y contención a las víctimas, cuya salud tanto psíquica, física y emocional se ven amenazadas.

B. Características de la Violencia en parejas LGTB:

Como características y manifestaciones de este fenómeno, se ha encontrado que:

- Las lesbianas tienden a sufrir con mayor frecuencia de golpes, amenazas verbales, cuestionamientos respecto a su orientación sexual y aislamiento social.
- En las parejas de hombres el abuso sexual es más frecuente.
- Así mismo, se ha identificado que la violencia psicológica es diaria en más de la mitad de los casos y que las personas casadas ejercen mayor control sobre la persona maltratada (Aldarte, 2010).

C. Datos estadísticos relacionados a la Violencia en personas LGTB:

Los datos vertidos son escasos debido a que está variable aún es recientemente investigada.

a. Datos estadísticos predisponentes a la violencia en personas LGTB:

De manera reiterativa, se han realizado diversos estudios y establecido múltiples estadísticas sobre la violencia contra los homosexuales y la homofobia. Algunos datos relativos son que 3 de cada 10 padres no aceptan un hijo homosexual, el 33% no aprueba una unión homosexual, 32% no compartirían su hogar con un homosexual, el 50% de los jóvenes estaría de acuerdo con vecinos homosexuales, el 5.3% de los jóvenes dice tener orientación sexual distinta a la heterosexualidad (Ledesma, 2013:5).

b. Datos estadísticos de violencia en parejas LGTB:

Estudios realizados en los últimos 10 años entorno a la incidencia y factores predisponentes involucrados en la manifestación de violencia en las relaciones de pareja del mismo sexo han revelado que hasta un 70% de la muestra estudiada había sufrido algún tipo de abuso en sus relaciones de pareja y que, en la mayoría de los casos, los participantes habían tenido experiencias de violencia doméstica en el hogar de origen (Mak, Chong y Kwong, 2010; López y Ayala, 2011). Por otro lado, un estudio realizado por la comunidad homosexual en los Estados Unidos y otra

realizada por Gregory S. Merrill y Valerie A. Wolfe auspiciada por la Universidad de San Francisco coinciden en señalar que: El 79% de las víctimas de violencia entre parejas de homosexuales habían sufrido alguna lesión física, con contusiones con pérdida del conocimiento 60%, 23% lesiones en la cabeza, el 13% reportó sexo forzado con la intención de infectar a la víctima con el VIH, el 12% reportó huesos rotos, y 10% reporta quemaduras (Esteves, 2012).

D. Etiología de la Violencia en parejas LGTB:

En México, muchos de los casos de violencia entre parejas de mujeres se presentan por razones relacionadas con el entorno social y económico, revelando relaciones de dependencia y poder. Otros motivos por los que se presenta la violencia entre mujeres son el nivel académico distinto, el alcoholismo o la adicción, la religión, la pérdida gradual de individualidad y el grado distinto para asumir o no públicamente el ser lesbiana (Suárez, 2012).

Como en otros países, las razones por las que ocurre la violencia entre parejas homosexuales se debe a la reproducción de roles de dominación, sumisión y control, muy similares a los roles de parejas de sexos diferentes. Sin embargo, en la homosexualidad ello se combina con la dificultad para denunciar (por falta de aceptar o asumir su orientación y continuar ocultándolo con la familia, amistades, escuela o en el trabajo); falta de conciencia sobre la violencia en que vive; discriminación social que provoca el aislamiento, soledad, falta de comunicación y búsqueda de ayuda; existencia de mitos falsos, sobre que el hombre es sinónimo de fuerza, poder y autoridad, que la mujer es sumisa y subordinada, inexistencia de violencia al ser iguales, que el amor romántico ideal hace renunciar y sacrificar y que la víctima es responsable del maltrato.

E. El agresor en la Violencia en Pareja LGTB:

Si bien las expresiones de abuso dentro del marco de la violencia intragénero son las mismas que en las parejas heterosexuales; para Ortega (2014) existen componentes que marcan de manera más específica, las expresiones de violencia en las parejas del mismo sexo, como el abuso sobre la identidad sexual, en la cual “el maltratador utiliza su conocimiento sobre los estereotipos que definen cómo son los homosexuales en general para abusar de su pareja por no entrar dentro de ellos” (p. 27); y el outing forzoso, que se refiere a la revelación y divulgación de la orientación sexual de uno de los miembros de la pareja, o amenazas de hacerlo. Estas serían una forma de abuso psicológico, en donde el perpetrador se vale del conocimiento del estigma social de la homosexualidad para lograr su cometido (Donovan, Hester, Holmes y McCarry, 2006 citado por Ortega, 2014), implicando un ejercicio de poder con el objetivo de dominar y controlar (Mujika, 2012 citado por Lagar, 2017).

a. Características del agresor homosexual:

De la misma manera, para Ortega (2014) hay muchas similitudes en cuanto a las características de los agresores y las victimas heterosexuales con los homosexuales, dentro de una relación de pareja, no obstante, afirma que existen características propias del agresor y víctima homosexual, “debido al heterosexismo en la que se ven inmersos desde su nacimiento” (p. 31). A pesar de ello, establecer una tipología típica para cada agresor en función a su orientación sexual resulta complicado debido a las grandes semejanzas que estos presentan (Gómez, Barrientos, Guzmán, Cárdenas & Bahamondes, 2017; Ortega, 2014). Es así que, la literatura define que, en relación a los agresores, tanto heterosexuales como homosexuales, se encuentran características que los definen como tales, como:

- La poca o nula tolerancia a la frustración.

- Escasa capacidad para la resolución de problemas y una dificultad para comunicarse de manera adecuada (Nóblega, 2012).
- Son percibidos como posesivos, controladores, celosos y poco realistas (Dutton, 1994, citado por Ortega, 2014), además de impulsivos, irritables e inestables emocionalmente (Kaufman & Jasinski, 1998, citado por Nóblega, 2012).
- Tienden a tener un autoconcepto y autoestima negativa, percibiéndose a sí mismos como personas fracasadas y utilizando una imagen amenazante y actos violentos para contrarrestar dicha percepción (López, 2008).
- Presencia de una tendencia al abuso, manipulación y control de terceras personas, no solo de una pareja sentimental o sexual.
- Tener dificultad para controlar las emociones negativas; presentando una tendencia a la depresión, además de una visión excesivamente crítica sobre sí mismo y sus pares.
- Dependencia emocional sobre la pareja.
- Un auto-concepto definido erróneamente relacionado, en este caso, con su homosexualidad (heterosexismo internalizado).
- Antecedentes de fracasos en relaciones de pareja, así como fracasos laborales o académicos; y dificultades económicas (Island & Letellier, 1991 citado por Ortega, 2014)

F. La Víctima en la Violencia de pareja LGTB:

En cuanto a las víctimas, existe un conjunto de características marcadas en estas.

a. Características de la víctima homosexual:

- La minimización o negación del abuso, sobreestimar la posibilidad de controlar el maltrato por sí mismos, y tendencia a la culpabilización (Fiestas, Rojas, Gushiken & Gozzer, 2012).

- Una predisposición a la evitación, presentan una autoestima negativa y una confianza nula en sí mismos o en sus pares.
- Tendencia a sufrir de depresión y presentan un miedo al abandono (Burke y Owen, 2006 citado por Ortega, 2014). De esta manera, si el agresor se muestra enfadado o ansioso, la víctima tenderá a creer y asimilar la idea de que él o ella es la causante del hecho y, por ende, el agresor no podrá cambiar (Island y Letellier, 1991 citado por Ortega, 2014).

2. LA HOMOSEXUALIDAD

2.1 Concepto LGTB:

En años recientes las iniciales LGBT se han utilizado para denominar de forma inclusiva a todos los individuos y a las comunidades que se identifican como lesbianas, gay, bisexuales o transgénero o aquellos/as que tienen dudas acerca su sexualidad y/o identidad de género. No existe una forma única de ordenar las letras (GLBT, por ejemplo), algunas personas agregan letras adicionales, incluyendo, por ejemplo, “I” de intersexo (antes conocido como hermafrodismo), “Q” de queer (“raro” en inglés) o de questioning, y “A” de aliados que no son LGBT pero que los/las apoyan (LGBTQIA). En Latinoamérica, comúnmente se usa el término “minorías sexuales”.

A. LESBIANA:

Una mujer que tiene una atracción emocional, romántica y sexual hacia otras mujeres.

B. GAY:

Un hombre o una mujer que tiene una atracción emocional, romántica y sexual hacia otra persona del mismo género; algunas personas sólo utilizan el término en referencia a los hombres gay. La palabra “gay” es preferible a la palabra “homosexual”, la cual puede asociarse con matices clínicos que algunas personas encuentran ofensivos.

C. BISEXUAL:

Un hombre o una mujer que tiene una atracción emocional, romántica y sexual hacia personas de ambos géneros. Para algunos/as, la atracción hacia cada género es equitativa, mientras que para otros/as puede existir una preferencia de un género sobre otro, esto se conoce como orientación sexual.

D. TRANSGÉNERO:

Es un término general que describe a las personas cuyo sexo mental o identidad de género, el sentido interno de ser hombre o mujer, es diferente del sexo asignado por el médico al nacer. El sexo está determinado por varios factores, el más importante es la información en el cerebro o sexo mental. Las transiciones de género hacen énfasis en cambiar el cuerpo para que se alinee con la mente, porque la información en el cerebro no cambia.

2.2 Concepto de homosexualidad:

Etimológicamente, homosexual significa “igual” (del latín homo) y “sexo” (del latín sexus). Encontrar una definición unívoca del concepto, sin embargo, resulta mucho más complejo que buscar su etimología, puesto que la homosexualidad se da en personas concretas, con toda la multiplicidad de sus características propias. Según Giunchedi (1994) “Son considerados homosexuales los individuos que en la edad adulta prueban y se sienten motivados por una atracción sexual neta y preferencial por las personas del mismo sexo, y quienes tienen habitualmente (pero no obligadamente) relaciones sexuales con ellas”. Asimismo, Cesari (1998) Afirma que “la homosexualidad se presenta como la condición humana de una persona que, a nivel de la sexualidad, se caracteriza por sentirse condicionada a expresarse ‘sexualmente’ sólo con las parejas de su mismo sexo”.

Por último, Fucek (1996) considera que es homosexual “aquel individuo, varón o mujer, que en la edad adulta experimenta permanentemente una atracción erótica hacia personas del mismo sexo, y que habitualmente realiza también con ellas actos genitales”

2.3 Términos Referidos:

A. Identidad Sexual:

Según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2011), la identidad sexual de una persona es la vivencia íntima del ser de ésta, donde se integran varios componentes, entre los que se encuentran: el sexo biológico, la identidad de género, la orientación sexual y la expresión de género. De este modo, la identidad sexual remite a la preferencia sexual de un individuo, a su forma de sentir y a la manera de expresar su género.

B. Sexo Biológico:

El sexo es la determinación hecha a través de la aplicación de criterios biológicos para clasificar a las personas como hombres o mujeres. Sin embargo, “la categoría binaria de hombre y mujer deja fuera todo aquel que no calza en dicha categoría en razón de la composición genital, los cromosomas o niveles hormonales” (West y Zimmerman, 1987).

Entre las situaciones excluidas por esta taxonomía binaria, se encuentra la intersexualidad, que integra a las personas que poseen características genéticas de hombres y mujeres. La ONU ha definido esta condición como “todas aquellas situaciones en las que el cuerpo sexuado de un individuo varía respecto al estándar de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente”. De esta manera, una persona intersex puede identificarse como hombre, como mujer o como ninguno de los dos (Naciones Unidas, 2013).

C. Identidad de género:

Los Principios sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación sexual y la Identidad de Género (Principios de Yogyakarta), la definen en su preámbulo como: “La vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales”.

Tal como lo explica el documento de Orientación Sexual e Identidad de Género en el Derecho Internacional de los Derechos humanos existen variantes de la identidad de género, lo que se conoce como: transgenerismo (personas trans), éste es un término utilizado para describir las diferentes variantes de la identidad de género, cuyo común denominador es la no conformidad entre el sexo biológico de la persona y la identidad de género que ha sido tradicionalmente asignada a éste. Una persona trans puede construir su identidad de género independientemente de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos (Naciones Unidas, 2013). Conforme al documento citado, una subcategoría del transgenerismo es el caso de las personas travestis: “En términos generales, las personas travestis son aquellas que “expresan su identidad de género — ya sea de manera permanente o transitoria— mediante la utilización de prendas de vestir y actitudes del género opuesto que social y culturalmente se asigna a su sexo biológico. Ello puede incluir la modificación o no de su cuerpo”.

Por su parte, el documento conceptualiza a las personas transexuales como aquellas que “se sienten y se conciben a sí mismas como pertenecientes al género opuesto que

social y culturalmente se asigna a su sexo biológico y que optan por una intervención médica – hormonal, quirúrgica o ambas para adecuar su apariencia física–biológica a su realidad síquica, espiritual y social”. Por otro lado, la intersexualidad integra a las personas que poseen características genéticas de hombres y mujeres y se ha definido como “todas aquellas situaciones en las que el cuerpo sexuado de un individuo varía respecto al estándar de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente”.

Históricamente la comprensión de esta identidad biológica específica se ha denominado a través de la figura mitológica del hermafrodita, la persona que nace “con ‘ambos’ sexos, es decir, literalmente, “con pene o vagina”. En la actualidad tanto en el movimiento social LGTBI, como en la literatura médica y jurídica se considera que el término intersex es técnicamente el más adecuado. Una persona intersex puede identificarse como hombre, como mujer o como ninguno de los dos mientras su orientación sexual puede ser lesbiana, homosexual, bisexual o heterosexual.

D. Orientación sexual:

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2017), define la orientación sexual como “una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros”, que se diferencia de la conducta sexual, porque se refiere a los sentimientos y al concepto de uno mismo”. “Las personas pueden o no expresar su orientación sexual en sus conductas”. Según la misma fuente, la orientación sexual “existe a lo largo del continuo que va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva e incluye diversas formas de bisexualidad”. Ella se moldea a una edad temprana y como resultado de una interacción compleja de factores biológicos, cognitivos y del entorno, por lo que se entiende que no es una elección personal, ni puede cambiarse a voluntad o con terapia.

La definición indicada, concuerda con la entregada por la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Mundial de Sexología. Estos organismos definen orientación sexual como “la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos” (OPS-OMS, 2000). Esta definición ha sido usada en diversos convenios internacionales, como la Convención Europea de los Derechos Humanos y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ONU) (Lamas, 2005).

Por su parte, los Principios de Yogyakarta, definen la orientación sexual como “la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas”. Se han establecido tres tipos de orientación sexual.

- **Orientación heterosexual:** Hace referencia a la capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo y a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas.
- **Orientación homosexual:** Hace referencia a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un mismo género y a la capacidad mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas. Se utiliza generalmente el término lesbiana para referirse a la homosexualidad femenina y gay para referirse a la homosexualidad masculina.

- **Orientación bisexual:** Hace referencia a la capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo o también de su mismo género, así como a la capacidad mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas.

2.4 La homosexualidad ante la sociedad:

La sociedad, sobre todo la latinoamericana, presenta un gran rechazo frente al patrón homosexual, probablemente por los errores de concepto que se han mantenido por generaciones, debido a la falta de programas adecuados de educación sexual que le permitan al niño y al adolescente entender los distintos procesos y forjarse su propia opinión, con base en una formación adecuada y no en mitos, tabúes y temores. La homosexualidad es una conducta fisiológica socialmente rechazada, pero la persona no está “enferma”, su funcionamiento orgánico, biológico, y toda la cascada de estructuras nerviosas, hormonales, vasculares y anatómicas están preservadas y funcionando; es decir, se trata sólo de una respuesta ante un estímulo. Por lo tanto, el rechazo de la sociedad se basa sólo en patrones culturales, que dejan de lado la existencia de derechos sexuales: la libre elección del patrón sexual, sin discriminación o vejación. Entre los muchos retos que debe enfrentar la sociedad del siglo XXI se encuentra la lucha de los derechos de aquellos que viven una orientación distinta de la heterosexual: la aceptación a nivel global de su unión legal en matrimonio, así como también de tener hijos (ya sea adoptados o naturales), temas éstos que, durante algún tiempo más, seguirán siendo controversiales, válidos para muchos e inaceptables para otros. (Salas, 2008).

2.5 Teorías del origen de la Homosexualidad:

El médico sexólogo Ender Salas (2008) señala que básicamente, existen tres teorías que tratan de explicar el origen de la homosexualidad: biológica, psicológica y mixta.

A. La biológica:

Se basa en:

- La posible existencia de alteraciones a nivel de estructuras en el cerebro que llevarían a presentar esta conducta.
- La existencia de un gen que produce la homosexualidad.
- La alteración de la acción hormonal en el proceso de formación del feto.

B. La psicológica:

Señala que, por aprendizaje, la persona copia conductas, ya sea por situaciones o condiciones sociales (como ser el único hijo varón en un entorno de mujeres y carecer de modelo masculino, o bien por abuso sexual repetido).

C. La mixta:

Supone que existe una predisposición biológica para dicha condición y, además, las condiciones sociales contribuyen a que se presente o desencadenan sus principales características.

2.6 Teorías psicológicas que explican el desarrollo de la identidad sexual

A. Teoría del psicoanálisis:

La importancia de la identificación. El niño o la niña se identifican con el progenitor del mismo sexo como el resultado del conflicto de Edipo o Electra. Adoptando así comportamientos típicos sexuales y actitudes de ese progenitor. El súper Yo (fabricado del yo ideal y de la conciencia) se desarrolla cuando el complejo de Edipo o el de Electra está resuelto.

B. Teoría del aprendizaje social:

Sostiene que los niños y niñas adquieren su identidad de género identificándose con modelos. La identificación es la adopción de las características, creencias, actitudes,

valores y conductas de otra persona o grupo. Esto en términos de Freud: El niño se identifica con el padre del mismo sexo al resolver el complejo de Edipo o de Electra. De acuerdo con la teoría del Aprendizaje social: la identificación ocurre cuando el niño o niña observa e imita uno o más modelos personales, en los primeros años de vida, los modelos a observar e imitar son ante todo los padres. Además, los padres y madres tratan en forma distinta a los niños y niñas desde el momento que saben su sexo, a esta actitud se le llama socialización diferencial, que repercute tanto en la identidad como en el rol de género (Kagan, 1976 - Peterson, 1980).

C. Teoría cognoscitiva evolutiva:

Según (Kohlberg, 1966) el desarrollo de género es paralelo al desarrollo intelectual, las niñas y los niños menores de 3 años tienen una visión simplificada del género. Ellos pueden creer que basta con ponerse una falda y peluca, para que un hombre se transforme en mujer. El niño o niña aprende primero el rótulo de niño-niña de la misma manera como aprende los rótulos para silla, juguetes, etc. Posteriormente, aprende otras características que le dirán cuándo una persona es hombre o mujer, aparentemente no utilizan las diferencias genitales hasta los 5 o 6 años -cuando han llegado a cierto nivel cognoscitivo- comprende que el género es una característica permanente, y sólo en este momento estará en condiciones de configurar una sólida identidad de género donde el niño o niña comprende, mediante la observación y la imitación que hay determinadas conductas que convienen mejor para uno u otro sexo. A diferencia de la teoría del aprendizaje esta teoría sostiene que el niño copia el comportamiento de los adultos, no para obtener recompensa, sino para lograr su propia identidad. (Kaplan, Sedney, 1980).

D. La teoría del esquema del sexo:

Una variación de la teoría del desarrollo cognoscitivo que se aproxima a los aspectos del aprendizaje social sostiene: los niños y niñas se ajustan a su autoconcepto del

esquema del sexo por su cultura, o patrón de conducta organizado socialmente para hombres y mujeres, lo cual determina que el esquema del sexo de una cultura o un individuo puede cambiar. El conocimiento que tiene el niño de su cuerpo y de su sexo cambia con la edad, así:

- A los 3 años, ellos y ellas distinguen perfectamente entre niño y niña.
- A los 4 años emplean correctamente los rótulos de niño-niña en sentido general, para clasificar a otras personas y a ellos (as) mismos (as). Usan los pronombres correspondientes (él, ella, ellos, ellas, mío, tuya), muestran preferencia por juguetes y actividades asociadas a su propio sexo.
- A los 5 o 6 años comprenden que el género es permanente. Ejemplo: si es niña no puede ser niño, simultáneamente comprende las diferencias entre genitales e identidad sexual
- Los niños y niñas al ingresar al colegio tienen un claro conocimiento de su sexo y de los estereotipos del hombre y de la mujer y de sus características. Es más frecuente que los niños y niñas adopten comportamientos que vayan con su identidad sexual e imitan a los adultos de su mismo sexo que a los del sexo opuesto (estas afirmaciones son más válidas para los niños, porque ellos manifiestan mayor preferencia por los juguetes y actividades asociadas con la masculinidad, mientras que en las niñas es más débil).

La identidad del papel sexual adoptada en esta primera infancia persiste hasta la edad adulta (a excepción cuando se someten a cirugías para cambio de sexo). Si bien es cierto que padres y madres juegan un papel importante en el proceso de identificación, la escuela o institución educativa también ejerce una influencia directa en el desarrollo de la identidad.

2.7 El desarrollo de la identidad sexual:

Desde un enfoque humanista, la sexualidad es entendida como una expresión del ser humano total, como un proceso biofisiológico, emocional y experiencial de la función erótica y genital, es decir, el conjunto de lo que sentimos, creemos, pensamos y vivenciamos acerca de nuestra genitalidad y erotismo. (Londoño M.L., 1989. pág.16).

La estructuración de la sexualidad ocurre durante la vida y está condicionada por factores biológicos, intrapsíquicos y socioculturales. La sexualidad es un elemento de la cultura susceptiblemente ligada a la personalidad, no solamente en sus aspectos reproductivos y placenteros sino en la identidad de género como autoconciencia del sujeto y sentimiento de pertenencia a uno u otro sexo.

Nacemos seres sexuados con un sexo biológico determinado y nos hacemos sexuales con una identidad de género específica. Nos sabemos seres sexuales, no sólo por las sensaciones corporales que experimenta nuestro cuerpo, o por los significados culturales que le asignan a nuestra existencia los seres que nos rodean y en general el mundo social, sino que es ese intercambio entre lo privado y lo público, esa interacción entre el mundo interno lo que nos rodea con lo cual los humanos construimos nuestra identidad. La noción de identidad de sí mismo de sí misma, es decir, ¿quién soy?, para dónde voy? qué quiero? qué proyectos de vida tengo?; Puede ser definida en dos niveles, el primero como un proceso y el segundo como una estructura.

- El nivel de proceso es aquel por medio del cual la persona conceptualiza o categoriza su conducta tanto externa como su estado de ánimo.
- El nivel estructural se refiere a los sistemas de conceptos disponibles para la persona en un intento por definirse a sí misma.

El fenómeno de adquisición de identidad de sí misma (o), se inicia desde etapas muy tempranas en la vida, como un proceso dinámico y didáctico, resultado en sus primeras

etapas del autoconocimiento por exploración y posteriormente de una interrelación de la persona con el medio Social, de la confrontación con los y las demás.

Esta búsqueda de identidad personal que es en realidad un sentido de identidad humana, comprende la búsqueda de una serie compleja de identidad dentro de las cuales es tal vez la identidad sexual. La mayor repercusión en el proceso de toma de conciencia, de la persona como tal y la que causa un efecto más determinante en el desarrollo de la personalidad.

La sexualidad, la identidad sexual y la personalidad instauran un sistema de regulación que permanentemente son parte del proceso de desarrollo.

- Unidad de lo cognitivo y lo afectivo, de la autoconciencia y el sentido de la pertenencia a un género.
- Reflejo de la individualidad irrepetible de la personalidad y su esfera sexual.
- Estabilidad y consistencia, ya que una vez conformada como parte inherente de lo que somos, mantiene su significación existencial a lo largo de todas las edades.
- Orienta la actividad en correspondencia con la conciencia y el sentido de ser y formar parte de un género.

De este modo, su función en la dinámica de la personalidad radica en que:

- Induce, estimula y sostiene la actuación.
- Participa directa e indirectamente en la regulación del comportamiento.
- Matiza todas las conductas y manifestaciones de la sexualidad en sus dimensiones individual, de pareja, familiar

2.8 Etapas en el Desarrollo de la Identidad Homosexual:

Troiden (1988) señala que existen cuatro etapas en el desarrollo de la identidad sexual:

A. Sensibilización:

Inicialmente, aparecen generalizados sentimientos de marginalidad y de ser diferentes a los pares del mismo sexo, sin entender por qué; esto incide en sentimientos de inadecuación o desinterés por las actividades que realizan sus pares.

B. Confusión de identidad:

La posibilidad de ser homosexual genera confusión, temor y ansiedad. Esto los/las lleva a buscar una “cura”, inhibiendo intereses y conductas homosexuales, buscando relaciones heterosexuales, generando pensamientos homofóbicos, y buscando escapar de su confusión con conductas sexuales de riesgo y consumo de drogas.

C. Aceptación de la identidad:

Reanudación de contactos con experiencias homosexuales, autodefinición homosexual, y exploración de la cultura homosexual, participando de movimientos homosexuales.

D. Compromiso:

Generalmente ocurre en la adultez; la homosexualidad es integrada en la vida psicológica, hay un cambio en el significado y la valoración del ser homosexual, una satisfacción al poder mostrarlo, sin culpa por ello.

2.9 Expresión de Genero, roles de género y estereotipos sexuales:

A. Expresión de género:

El género se entiende como una categoría que fluye y se moldea en las interacciones sociales, respecto de lo que se entiende como masculino y femenino, apuntando a la naturaleza situacional e histórica del género, más que a su naturaleza inherente, esencialista e individual (West y Zimmerman, 1987). En este marco, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha definido la “expresión de género” como “la

manifestación externa de los rasgos culturales que permiten identificar a una persona como masculina o femenina conforme a los patrones considerados propios de cada género por una determinada sociedad en un momento histórico determinado” (CIDH, 2008).

B. Roles de Género:

Los roles de género son conductas estereotipadas por la cultura, por tanto, pueden modificarse dado que son tareas o actividades que se espera realice una persona por el sexo al que pertenece. Por ejemplo, tradicionalmente se ha asignado a los hombres roles de políticos, mecánicos, jefes, etc., es decir, el rol productivo; y a las mujeres, el rol de amas de casa, maestras, enfermeras, etcétera (rol reproductivo) (INMUJERES, 2004).

Lamas (2002:33) señala que “el papel (rol) de género se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el estrato generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos y, por lo tanto, los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino, que se identifica con lo público. La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes establece estereotipos, las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género”. Según Lamas, el hecho de que mujeres y hombres sean diferentes anatómicamente los induce a creer que sus valores, cualidades intelectuales, aptitudes y actitudes también lo son. Las sociedades determinan las actividades de las mujeres y los hombres basadas en los estereotipos, estableciendo así una división sexual del trabajo.

C. Estereotipos sexuales:

Al conocer el sexo biológico de un recién nacido, los padres, los familiares y la sociedad suelen asignarles atributos creados por expectativas prefiguradas. Si es niña, esperan que sea bonita, tierna, delicada, entre otras características; y si es niño, que sea fuerte, valiente, intrépido, seguro y hasta conquistador (Delgado et al., 1998). A las niñas se les enseña a “jugar a la comidita” o a “las muñecas”, así desde pequeñas, se les involucra en actividades domésticas que más adelante reproducirán en el hogar. De acuerdo con estas autoras, estos aprendizajes forman parte de la “educación” que deben recibir las mujeres para cumplir con las tareas que la sociedad espera de ellas en su vida adulta. En cambio, a los niños se les educa para que sean fuertes y no expresen sus sentimientos, porque “llorar es cosa de niñas”, además de prohibirles ser débiles.

Estas son las bases sobre las que se construyen los estereotipos de género, reflejos simples de las creencias sociales y culturales sobre las actividades, los roles, rasgos, características o atributos que distinguen a las mujeres y a los hombres. Los estereotipos son concepciones preconcebidas acerca de cómo son y cómo deben comportarse las mujeres y los hombres (Delgado et al., 1998). Estas creencias, sin embargo, no son elecciones conscientes que se puedan aceptar o rechazar de manera individual, sino que surgen del espacio colectivo, de la herencia familiar y de todos los ámbitos en que cada persona participe. Se trata de una construcción social que comienza a partir del nacimiento de los individuos, quienes potencian ciertas características y habilidades según su sexo e inhiben otras, de manera que quienes los rodean, les dan un trato diferenciado que se refleja en cómo se relacionan con ellos, dando lugar a la discriminación de género. No obstante, es mediante la interacción con otros medios que cada persona obtiene información nueva que la conduce a reafirmar o a replantear sus ideas de lo femenino y lo masculino.

3 TEORIA COGNITIVA Y DISTORSIONES COGNITIVAS

3.1 Psicología Cognitiva:

La psicología cognitiva se fundamenta en el estudio de los procesos mentales cuyo funcionamiento depende y está determinado por los constructos, esquemas, creencias e ideologías que permiten al sujeto elaborar respuestas a las situaciones externas cognitivas y los modelos mentales entendidos como bases de organización, estructura, respuesta y representación de la realidad y del mundo. En segundo lugar, los modelos conceptuales de la cognición personal que, a través de las ideologías, las creencias y los símbolos, conforman en conjunto, la visión global y las expectativas que posee el sujeto sobre su realidad dándole un significado específico.

A. Antecedentes históricos sobre la psicología cognitiva:

Las teorías que conforman el enfoque cognitivo conductual permiten conocer y entender el desarrollo físico y motor, el desarrollo cognoscitivo y el desarrollo psicosocial y emocional del ser humano desde que nace hasta que este muere. Los antecedentes históricos de la teoría cognitiva tienen una secuencia cronológica importante, misma que inicia prácticamente desde la antigüedad y se extiende hasta la actualidad. Cada uno de los hechos cronológicos tiene como referente a importantes personalidades que han tratado de comprender la complejidad del funcionamiento y desarrollo de la mente humana.

El origen de la psicología cognitiva data aproximadamente del año 350 a. C. en la antigua Grecia de la mano los filósofos estoicos. La filosofía estoica sostuvo que los seres humanos tienden a perturarse por la idea que tienen sobre los acontecimientos que por los sucesos en sí (Mejía, 2013). Para el siglo XVII d. C. Hume, Locke y Bacon resaltaron que las emociones se derivan de las asociaciones de ideas y que por tanto para aprender un nuevo conocimiento es necesario despojarse de viejos prejuicios. A

partir del año 1926 de la mano de Lungwitz, se crea por primera vez el concepto de terapia cognitiva dentro de la práctica clínica del psicoanálisis. Así mismo, Rusell en el año de 1930 hizo énfasis en las creencias cognitivas forjadas durante la infancia que, al hacerse inconscientes provocarían consecuencias emocionales irracionales durante la vida adulta. Por su parte Barlet, en el año de 1932 destacó el concepto de memoria como ‘construcción’ puesto que la memoria es capaz de clasificar información y observación de esquemas sujetos a una reinterpretación. En el año de 1938 Tolman propone que los mapas cognitivos son elementos importantes que explican el comportamiento y la conducta, mientras que Ellis en 1955 manifestaría que el hombre es un indigente racional que con facilidad adquiere ideas disfuncionales que lo llevan a forjar distintos trastornos emocionales. Para el año de 1962 Luria destacaría la importancia de las funciones psíquicas básicas y superiores en el proceso de recopilación, procesamiento y almacenamiento de la información, mientras que Beck a través de la observación de sus pacientes crearía lo que conocemos hoy como Terapia Cognitiva – Conductual. Finalmente, Bandura en el año de 1969 demostraría la importancia del aprendizaje indirecto y la función que ejercen de los mediadores cognoscitivos sobre la afectividad y la emoción.

3.2 Principales Conceptos Teóricos:

A. Estructura de Significado:

La terapia cognitiva es un sistema de la psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta. El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de ESQUEMA COGNITIVO y el ámbito clínico el de SUPUESTOS PERSONALES. Equivalen también a las Creencias según la concepción de A. Ellis. Con todos estos términos equivalentes nos referimos a la

estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma idiosincrática nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer “inactivos a lo largo del tiempo” y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

B. Cognición:

Se refiere a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no. En el sistema de cogniciones de las personas podemos diferenciar. Se denomina cognición a la acción y efecto de conocer, sin embargo, el concepto de cognición viene a ser relativamente nuevo. En las últimas décadas su estudio ha estado ligado a la psicología educativa, haciendo necesario explicar que las investigaciones alusivas al tema cognitivo, se han realizado tanto a nivel científico como especulativo (Gutiérrez, 2001). Por tanto, el ‘conocer’ o el ‘conocimiento’ desde la psicología cognitiva, estaría ligado íntimamente con la experiencia, el estilo de vida, la relación con el medio, entre otros aspectos que permiten que el ser humano procese la información tanto interna o de sí mismo, como externa o de su entorno. La teoría sustenta que la mente humana opera como un mecanismo claro en función de lo no material, es decir de la información que recepta y gracias a dicha información se despliega una serie de procesos mentales cognitivos o esquemas. Para Caro (2013), las teorías de personalidad específicamente la teoría

cognitiva de Beck (1962), sostiene que la mente emplea representaciones del mundo, de sí mismo y de quienes lo rodean por lo cual los esquemas cognitivos de dichas representaciones, operan de forma diferente y específica en cada individuo. Las investigaciones realizadas por Beck (1962) en el ámbito de la psicología cognitiva, permiten a las nuevas generaciones de investigadores, adentrarse en la mente humana y comprender el pensamiento racional y desadaptativo, brindando apoyo a la comunidad a través del uso de técnicas en función de una adaptación sana del individuo a su medio (Caro, 2013). Para generar una comprensión proporcionada de la cognición humana, es necesario volver hacia sus componentes principales.

a. Componentes de la cognición:

Los procesos psicológicos conocidos también como funciones intelectuales básicas y funciones intelectuales superiores, trabajan sistemáticamente a fin de que la información tanto interna como aquella que proviene del exterior sea verificada, procesada y evaluada. De tal forma que el sujeto pueda obtener un conocimiento claro de su medio, de sí mismo y de los demás y con ello obtenga una respuesta frente a cada situación que se le plantee (Haro & Méndez, 2010).

Siendo así, el pensamiento, viene a ser un proceso psicológico importante que, como es de saber, no trabaja solo. Los cognitivos se clasifican en dos grupos: Los procesos cognitivos básicos y los procesos cognitivos superiores (Haro & Méndez, 2010). Puesto que la cognición humana es el resultado de complejos procesos intrínsecos que permiten comprender, explicar y generar información sobre el entorno (Rivas, 2008). Los procesos implicados en esta tarea se los conoce como inteligencia, pensamiento, lenguaje, sensopercepciones, atención y memoria. Mismos que se dividen en procesos básicos o simples y superiores o complejos. Dichos procesos conforman en su complejidad lo que se conoce como cognición humana y

desempeñan una función cerebral específica que aprueba una respuesta completa para el ambiente (Castro & Quintero, 2011).

Como lo expone Herrera (2003) que “el pensamiento es un sistema complejo que inicia su función desde la captación de estímulos, hasta el almacenamiento de información en la memoria, su utilización y su relación estrecha con el lenguaje” es decir, que el pensamiento estaría ligado estrechamente con otras funciones importantes tales como la memoria y el lenguaje, así como también con la conciencia, la atención y las sensopercepciones.

Debido a la importancia de las funciones cognitivas Rivas (2008) y a través de profundos análisis críticos concluye que, los procesos psíquicos por su complejidad permiten sostener un constante aprendizaje y de igual manera advierte que los componentes del pensamiento cognitivo son la atención, la memoria y la percepción.

- **Sistema Cognitivo Maduro:** Hace referencia al proceso de información real. Contiene los procesos que podemos denominar como racionales de problemas a base de constatación de hipótesis o verificación.
- **Sistema Cognitivo Primitivo:** Esta organización cognitiva sería la predominante en los trastornos psicológicos. Esta forma de pensamiento es muy similar a la concepción freudiana de los “procesos primarios” y a la de Piaget de Egocentrismo y primeras etapas del desarrollo cognitivo.

C. Esquemas Cognitivos: (Beck 1979):

Los Esquemas Cognitivos se definen como construcciones subjetivas de la experiencia personal en forma de significados o supuestos personales que guían nuestra conducta y de manera inconsciente. Son representaciones mentales de nuestra experiencia en la vida, pero no son copias de lo que no ha sucedido sino más bien nuestra experiencia organizada con sentido personal. En 1979 Beck los definió como

“La forma de pensar con la que se enfoca y experimenta la vida por cada persona. En el lenguaje popular “la manera en que nos tomamos las cosas”. En el lenguaje psicológico: “la organización de nuestra experiencia en forma de significados personales, que guía nuestra conducta, emociones deseos y metas personales”. Estos esquemas cognitivos están, en cierto modo, localizados en nuestro cerebro en los circuitos neuronales de la memoria, son el resultado del desarrollo biológico y las experiencias de aprendizaje de cada persona y están constituidos por los significados que tiene cada persona respecto del mundo y de sí mismo. De hecho, cuando hablamos de “mente humana” nos referimos al funcionamiento de estos esquemas en forma de fenómenos como conocimiento, memoria,” deseos”, “sentimientos”, “conducta”.

En el desarrollo de una persona los primeros esquemas cognitivos creados son los “esquemas tempranos nucleares” o modelos operativos o guiones. Se refieren a escenas cargadas de afecto en el niño antes de desarrollar el lenguaje (desde el nacimiento hasta los 3-4 años aproximadamente) a partir de su experiencia de vinculación afectiva con sus progenitores. De esta manera los tipos de esquemas empleados determinan el modo en como el individuo estructurara distintas experiencias, un esquema puede estar inactivo durante un largo periodo de tiempo y ser activados por ímpetus ambientales específicos, estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona.

3.3 Distorsiones Cognitivas y Pensamientos automáticos:

A. Pensamientos Automáticos:

Los Pensamientos Automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los supuestos personales. Para Beck (1967) los pensamientos automáticos son aquellos que fluyen en diversas situaciones de nuestra vida diaria, y su característica predominante es la negatividad;

así como la espontaneidad, estos afloran al momento de dar una respuesta. De igual forma, J. Beck (2011) indica que estos pensamientos son aceptados como única verdad, irreflexivos e inmediatos, por lo que tienden a ser breves y de fácil acceso para la persona al momento de dar una respuesta; además, se convierten en una experiencia común entre los sujetos, por lo que no logran ser conscientes de su manifestación.

Es por ello que el interés sobre los pensamientos automáticos se da gracias al desarrollo de la terapia cognitiva, puesto que por medio de ellos se logra identificar determinadas distorsiones cognitivas que afectan la estabilidad de la persona (Hernández y De la Cruz, 2007).

- **Características Generales de los Pensamientos Automáticos:**

Según Mckay (1988) las características generales de los pensamientos automáticos son:

- Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
- Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
- Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
- Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
- Suele conllevar una VISION DEL TUNEL: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos:
 - Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros.
 - Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas.
 - La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros, etc.

B. Distorsiones Cognitivas:

a. Antecedentes Históricos:

Segal en 1988 quien define el término esquema de la siguiente manera “elementos organizados de reacciones y experiencias pasadas que forman un cuerpo de conocimientos relativamente cohesivo y persistente, capaz de guiar percepciones y evaluaciones subsecuentes”.

Más tarde Young en 1999 introduce el concepto de “esquemas inadaptados tempranos” para referirse temas extremadamente estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia, elaborados a través de la vida del individuo, y son disfuncionales en un grado significativo. Además, identifica tres procesos principales de esquemas:

- El mantenimiento de esquema
- La evitación de esquemas
- La compensación de esquemas

El mantenimiento de los esquemas se refiere a los procesos por los cuales estos esquemas inadaptados tempranos son reforzados. Siendo usualmente logrado exagerando la información que confirma el esquema, o de lo contrario negando, minimizando o rechazando información que contradice el esquema. Muchos de estos procesos de mantenimiento de esquemas han sido descritos como distorsiones cognitivas por Beck en 1979 quien identificó que estas comúnmente causan emociones o conductas disfuncionales caracterizadas por:

- Causar un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación.
- Llevar a (o implicar) comportamientos auto – saboteadores (contrarios a los propios intereses u objetivos).

- Dificultad o impedir la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios.
- Asociarse a demandas absolutistas y otras distorsiones cognitivas.

Ante estos contenidos presentados podemos mencionar que inicialmente Beck ha detectado seis tipos de distorsiones cognitivas:

- a. **Inferencia Arbitraria:** Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o que la evidencia es contraria.
- b. **Abstracción Selectiva:** Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y valorando toda la experiencia en base a este detalle.
- c. **Sobregeneralización:** se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.
- d. **Maximización y Minimización:** se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.
- e. **Personalización:** Se refiere a la tendencia excesiva de una persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.
- f. **Pensamiento Dicotómico o polarización:** Se refiere a la tendencia a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

A partir de estas posteriormente (Navas, 1981; Ruiz, 1991) han enumerado nueve distintos tipos de distorsiones cognitivas, que se juntan con las de Beck y crean 15 tipos de distorsiones que se presentan a continuación:

- I. **Sobre-generalización:** Son juicios abarcadores, extremistas o predicciones basadas en un solo incidente (Navas, 1981). Según Álvarez (1997), la Sobregeneralización consiste en extraer una conclusión general de un simple incidente, para Beck (1998) es un proceso en el cual la persona, en función a una sola experiencia generaliza todas las experiencias adquiridas. Sobre generalizamos cuando decimos “nadie me quiere”, nunca tendrá otra oportunidad.
- II. **Visión Catastrófica:** Hace referencia a un sobre-énfasis irreal de las consecuencias más negativas y displacenteras de una situación actual o potencial (Navas, 1981). Álvarez (1997) dice que su manifestación característica es la expresión: “y si “¿y si salgo a la calle y me atracan? Es la tendencia a esperar siempre lo peor.
- III. **Pensamiento Polarizado o Pensamiento de Todo o Nada:** El individuo tiende a englobar toda información en una o dos categorías dicotómicas; bueno-malo, aceptación-rechazo, y así, por consiguiente, no admiten matices intermedios; “esta forma de pensamiento está en la raíz del perfeccionismo”; uno ha de ser perfecto o un fracasado, (Navas, 1998). Para Beck Aaron (1998) lo que sucede aquí es que el sujeto tiende a clasificar sus experiencias en uno de sus extremos, para el gris no existe.
- IV. **La abstracción selectiva o Filtro Mental:** Consiste en focalizar un detalle del contexto (por lo general un aspecto negativo y lo exageramos), a la vez que lo hacemos a un lado el significado de la situación total. Conocida también como la “descalificación de lo positivo” (Navas, 1981).
- V. **La personalización:** Es tomar los aspectos de una situación a un nivel personal innecesario. La persona se considera el centro del universo y cree que todo lo que la gente hace o dice es una forma de reacción hacia ella (Álvarez 1997). Como lo

describe Beck el sujeto llega a pensar que lo que ocurre a su alrededor es por su culpa, todo el mundo está en contra de le o es juzgado sin que exista bases firmes.

- VI. **Razonamiento Emocional:** Consiste en asumir que nuestras emociones, sobre todo las negativas, necesariamente reflejan la forma en que somos realmente. Tomamos los sentimientos como hechos o verdad (Álvarez, 1997).
- VII. **Falacia de Justicia:** Son código personal de justicia que dictan a la persona en cada momento lo que “deberían” y “no debería” ser; lo decepcionante e irritante es que los demás parecen guiarse por códigos diferente (Navas, 1998).
- VIII. **Los Deberías:** Son auto – mandatos imperiosos que representan requerimientos normativos excesivos (a menudo perfeccionistas), así como actitudes irrealistas sobre el comportamiento humano y/o eventos del diario vivir (Navas, 1981). Para Beck (1998) lo que sucede es que el sujeto trata de motivarse con la palabra “deberías” como si la persona que lo rodea tuviera que castigarlo o culpabilizarlo antes de esperar que la persona realice algo. La consecuencia emocional de este pensamiento es la culpa.
- IX. **Falacia de Control:** Consiste en como la persona se ve así misma de manera extrema acerca del modo de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida. O bien la persona se suele creer muy competente, o bien en el otro se ve impotente y sin ningún control sobre los acontecimientos de su vida (Álvarez, 1997).
- X. **Falacia de Recompensa Divina:** Tendencia a no buscar soluciones a los problemas y dificultades suponiendo que la situación mejorará en el futuro, o uno tendrá una recompensa si la deja tal cual. El efecto suele ser, el acumular un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad (Álvarez, 1997). Ejem: en un futuro todo se solucionará gracias a Dios.

- XI. **Falacia de la Razón:** Tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de un es el correcto y cierto. No importan los argumentos del otro, simplemente se ignoran y no se escucha (Álvarez, 1997).
- XII. **Falacia de Cambio:** Actitud en creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás. La persona suele creer que para cubrir sus necesidades son los otros quienes han de cambiar primero su conducta. Las palabras claves son, entonces yo podría cambiar tal cosa (Álvarez, 1997).
- XIII. **Interpretación del pensamiento:** Consiste en creer adivinar exactamente lo que los demás están pensando, cuando “conocemos” perfectamente sus motivos o intenciones más ocultas o profetizamos acerca de las reacciones que la gente exhibirá en un momento dado (Navas, 1998). Ejem: sabía que lo estabas pensando.
- XIV. **Culpabilidad:** Es la actitud de empeñarse en buscar culpables cuando las cosas no van como estaba previsto (Álvarez, 1997). Ejem: Te lo dije, tú eres el culpable.
- XV. **Etiquetas Globales:** Consiste en definir de modo simplista y rígido a los demás o a uno mismo a partir de un detalle aislado o por un aspecto parcial de su comportamiento. (Navas, 1981). Lo esencial es destacar que, aunque algunas distorsiones puedan ser específicas de determinados trastornos, lo normal es que estén implicado en diversos trastornos y estados emocionales alterados, provocando múltiples conflictos internos.

C. Diferencia entre Pensamientos Automáticos y Distorsiones Cognitivas:

Empero, Ruiz e Inbernon (1996) determinan una diferencia entre las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos: estos son como una autocharla interna que se desarrolla a nivel mental, vinculándose con aspectos emocionales muy significativos y que aparecen de forma involuntaria sin capacidad de un análisis lógico cuya finalidad es brindar un mensaje exagerado a fin de obtener la razón o aprobación del contexto.

Por otro lado, los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales reciben el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos. Beck (1967 y 1979) identifica en la depresión no psicótica los siguientes:

- XVI. **Inferencia Arbitraria:** Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.
- XVII. **Abstracción Selectiva:** Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.
- XVIII. **Sobregeneralización:** Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.
- XIX. **Maximización y Minimización:** Se evalúan los acontecimientos otorgándoles un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.
- XX. **Personalización:** Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona sin que exista evidencia para ello.
- XXI. **Pensamiento Dicotómico o Polarizado:** Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas o extremas saltándose la evidencia de valores y hechos intermedios.

Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectadas en distintos estados emocionales alterados. Lo esencial es destacar que, aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados trastornos, lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados. Solo la

organización cognitiva es idiosincrática y personal a cada individuo, aunque pueda encontrarse semejanzas en sus distorsiones y Supuestos personales.

D. Tipos de Distorsiones Cognitivas:

a. Filtraje:

Esta distorsión está caracterizada por una especie de visión de túnel; solo se ve un elemento de la situación con la exclusión del resto. Se resalta un solo detalle y todo el evento o situación queda teñido por este detalle. Los pensamientos se pueden magnificar y tremendizar mediante muchos procesos de filtraje. Cuando los pensamientos negativos de sacan fuera de contexto, aislado de todas las experiencias buenas que nos rodean, se hacen mayores y más tremendos de lo que realmente son. El resultado final es que todos los temores, carencias e irritaciones se exageran en importancia porque llenan la conciencia con exclusión de todo lo demás. Las palabras claves para este tipo de filtraje son:

- Terrible
- Tremendo
- Desagradable
- Horroroso

b. Pensamiento Polarizado:

La característica principal de esta distorsión es la insistencia en la elección dicotómica: se tiende a percibir cualquier cosa de forma extremista, sin términos medios. Las personas y los pensamientos son buenos o malos, maravillosos u horribles. Esto crea un mundo en blanco y negro, y como las personas que padecen este tipo de distorsiones fracasan en todos los matices del gris, sus reacciones a los eventos oscilan de un extremo emocional a otro. El mayor peligro de dicotomizar el pensamiento es el impacto sobre cómo se juzga dicha persona hacia la misma. Si no

es perfecto o brillante entonces solo podrá ser un fracasado o un imbécil. No hay lugar para las equivocaciones o la mediocridad.

c. Sobregeneralización:

En esta distorsión se produce una extensión, conclusión generalizada a partir de un incidente simple o un solo elemento de evidencia. Una experiencia desagradable significa que siempre que se repita una situación similar, se repetirá la experiencia desagradable. Esta distorsión conduce inevitablemente a una vida cada vez más restringida. Las sobregeneralizaciones se expresan a menudo en forma de afirmaciones absolutas, como si existiera alguna ley inmutable que gobernara y limitara el curso de la felicidad. Se está sobregeneralizando cuando se afirma radicalmente que “nadie me quiere...”. Las palabras que indican que se puede estar sobregeneralizando son:

- Todo
- Nada
- Siempre
- Todos
- Ninguno

d. Interpretación del Pensamiento:

Cuando una persona interpreta el pensamiento hace juicios repentinos sobre los demás “es lógico que actúe así porque esta celoso”, aquellos que interpretan el pensamiento hacen suposiciones sobre como sienten los demás y que les motiva a ello. En la medida que su pensamiento interpreta, también se hacen presunciones sobre cómo esta relacionando la gente a las cosas que la rodean, particularmente como están reaccionando los demás de usted. Estas presunciones son normalmente posibles

de ser sometidas a prueba. Han nacido de la intuición, las sospechas, dudas vagas, o una o dos experiencias pasadas, pero siempre son, creídas.

Las interpretaciones del pensamiento dependen de un proceso denominado proyección. Una persona imagina que la gente siente y reacciona a los pensamientos de la misma forma que ella. Por lo tanto, no se molesta en mirar o escuchar atentamente, ni se da cuenta de que realmente es diferente. Las interpretaciones del pensamiento pasan por alto conclusiones que solo son verdad para sí mismos sin molestarse si son apropiadas para el resto de personas.

e. Visión Catastrófica:

Los pensamientos catastróficos a menudo empiezan con las palabras “y si”. Una persona lee un artículo del periódico que se describe una tragedia o escucha un chismorreo sobre un desastre que aconteció a un conocido, y empieza a preguntarse si eso le podría suceder a él. Y si secuestran mi avión, y si mi hijo empieza a drogarse. La lista es interminable, y una imaginación de que todo lo que puede suceder tiene que ser trágica.

f. Personalización:

Es la tendencia a relacionar algo del ambiente consigo mismo. Un recién casado creía que cada vez que su esposa hablaba de cansancio significaba que estaba cansada de él. Un aspecto importante de la personalización es el hábito de compararse continuamente con los demás, “toca el piano mucho mejor que yo”, nunca faltan oportunidades para compararse. La presunción subyacente es que su valor es cuestionable. Por lo tanto, continuamente se encontrará forzado a probar su valor como persona, midiéndose a sí mismo en la relación con los demás. Si de esta comparación resulta vencedor, gozara de un momento de alivio. Pero si resulta perdedor se sentirá humillado. El error básico de pensamiento en la personalización

es que interpreta cada experiencia, cada conversación, cada mirada como una pista para analizar y valorarse a sí mismo.

g. Falacia de Control:

El polo de la falacia de control externo es la falacia de control omnipotente. La persona que experimenta esta distorsión se cree responsable de todo y de todos, lleva el mundo sobre sus hombros. Los compañeros de trabajo dependen de ella, los amigos también, es la responsable de la felicidad de la mayoría de la gente y cualquier negligencia de su parte podría causarles soledad, rechazo, saciar todas necesidades, y la expectativa de que es ella, y no los demás, la persona responsable de satisfacer estas necesidades.

h. Falacia de Justicia:

Este tipo de pensamiento distorsionado se basa en la aplicación de las normas legales y contractuales a los caprichos de las relaciones interpersonales. El inconveniente es que dos personas raramente se ponen de acuerdo sobre lo que es justo, y no existe tribunal o juez que pueda ayudarlos. La justicia es una evaluación subjetiva de la medida en que lo que uno espera, necesita o desea de la otra persona, esta se lo proporciona. La justicia, definida así, puede ser tan fácilmente puesta al servicio de los propios intereses, que cada persona queda inmovilizada en su propio punto de vista. El resultado es la impresión de estar viviendo en las trincheras y un sentimiento de enojo cada vez mayor. La falacia de la justicia se expresa a menudo con frases condicionales: “si me quisiera, no se burlaría”.

i. Razonamiento Emocional:

En la raíz de esta distorsión está la creencia de que lo que la persona siente tendría que ser verdadero. Si se siente como un perdedor, entonces tiene que ser un perdedor, si se siente culpable, tiene que haber hecho mal. Todas las cosas negativas que se

sienten sobre uno mismo y los demás, deben ser verdaderas porque se sienten como verdaderas. El problema con el razonamiento emocional es que las emociones reflejan estas distorsiones. Creer siempre en las emociones propias es como creerse todo lo que se imprime.

j. Falacia del Cambio:

Esta, sin embargo, supone que una persona cambiara para adaptarse a nosotros si se la presiona lo suficiente. La atención y energía se dirige, por lo tanto, hacia los demás, porque la esperanza de felicidad se encuentra en conseguir que los demás satisfagan nuestras necesidades. Las estrategias para cambiar a los otros incluyen echarles la culpa, exigirles, ocultarles cosas y negociar. El resultado normal es que la otra persona se sienta atacada o cohibida y no cambia en absoluto. El supuesto fundamental de este tipo de pensamientos es que la felicidad depende de los actos de los demás. De hecho, la felicidad depende de varios miles de grandes y pequeñas decisiones que cada persona toma a lo largo de la vida.

k. Etiquetas Globales:

Un macho que se muestra tranquilo en sus citas con las chicas es etiquetado como: “más aburrido que una abuela”. Cada una de estas etiquetas puede contener algo de verdad. Pero en un juicio global se generaliza una o dos cualidades. El rotulo ignora toda evidencia contraria, convirtiendo tu visión del mundo en estereotipada y unidimensional.

l. Culpabilidad:

A menudo esta implica que otro se convierta en el responsable de elecciones y decisiones que realmente son de nuestra propia responsabilidad. Una mujer culpaba al carnicero de vender hamburguesas que estaban llenas de grasa. Pero en realidad era su problema: podría comprar carne de mejor calidad, o ir a otro carnicero. Algunas

personas focalizan la culpabilidad en ellas mismas exclusivamente. Se martillean constantemente a si misma por ser incompetentes, insensibles, muy emotivas.

m. Los deberías:

En esta distorsión, se comporta de acuerdo con unas reglas inflexibles que deberían regir la relación de todas las personas. Las reglas son concretas e indiscutibles. Cualquier desviación hacia valores y normas particulares es mala. Como resultado, a menudo la persona adopta la posición de juez y encuentra faltas. La gente le irrita. Los demás no piensan ni actúan consecuentemente. La gente tiene rasgos, hábitos y opiniones inaceptables que los hace difíciles de tolerar. Las palabras que indican la presencia de esta distorsión son:

- Debería
- Habría de
- Tendría que

n. Tener Razón:

Aquí la persona se pone normalmente a la defensiva; tiene que probar continuamente que su punto de vista es el correcto, que sus apreciaciones del mundo son justas, y todas sus acciones adecuadas. No está interesado en la posible veracidad de una opinión diferente a la suya, sino solo de defenderla. Cada decisión que toma es justa, todo trabajo realizado está bien hecho. Nunca se equivoca. Las opiniones de este tipo de personas raramente cambian porque tienen dificultad para escuchar nueva información. Cuando los hechos no encajan en lo que ya creen, los ignora.

o. Falacia de Recompensa Divina:

En este estilo de ver el mundo la persona se comporta correctamente en espera de una recompensa. Se sacrifican y trabajan hasta quedar extenuada, y mientras tanto imagina que está colecciónando puntos angelicales que podrá cobrar algún día.

4 DEPENDENCIA EMOCIONAL

4.1 Dependencia Emocional (concepto):

El psicólogo y psicoterapeuta Jorge Castelló (2012) define la dependencia emocional como “la necesidad afectiva extrema que una persona siente hacia otra a lo largo de sus diferentes relaciones de pareja. No obstante, su carácter crónico no se basa en la sucesión de dichas relaciones sino en la personalidad de estos sujetos; es decir, el dependiente emocional lo es también cuando no tiene pareja, aunque esto no sea lo más habitual porque su patología provoca que busque otra desesperadamente”. Dos aspectos característicos emergen de la definición: en primer lugar, que la necesidad es excesiva y que por tanto no se reduce a la propia de una relación amorosa; en segundo lugar, que dicha necesidad es de carácter afectivo y no de otro tipo (pensemos en el clásico “trastorno de la personalidad por dependencia”, en el que la indecisión y la sensación de inutilidad o desvalimiento personal es lo que une a la persona de la cual se depende).

4.2 Explicaciones sobre la dependencia emocional:

A. Teoría Racional Emotiva de Albert Ellis:

Para la TREC la persona dependiente emocional es aquella que tiene un sistema de creencias irracionales acerca de la manera como se conceptúa así mismo dentro de una relación y como conceptúa a la persona amada. Expresada por imposiciones absolutistas y mágicas y que el súper romanticismo es la entrada a un amor neurótico. Ellis (2000) refiere que la persona dependiente emocional sostiene estas creencias irracionales o mitos que interfieren en el surgimiento de una relación saludable. Las siguientes creencias irracionales del amor extremadamente romántico:

- Puedes amar apasionadamente solo a una persona en la vida
- El verdadero amor debe durar para siempre

- Fuertes sentimientos de amor romántico aseguran una relación de pareja feliz
- El sexo sin amor romántico no es satisfactorio, el amor y el sexo siempre van juntos
- El amor romántico es la forma más sublime y perfecta del amor.
- Si pierdes a la persona que amas románticamente debes sentirte fuertemente abatido y no puedes volver a enamorarte en mucho tiempo.

Así también Albert Ellis (2000) habla de las creencias irracionales de las personas celosas y posesivas:

- Debo tener una garantía de que solo me quieres a mí y vas a seguir haciéndolo para siempre.
- Si tú no me quieres como yo a ti, debe de ser que existe algo malo en mí que me hace no merecedor de amor.
- Cómo yo te amo intensamente y todo el tiempo, tú debes corresponderme con la misma intensidad de lo contrario sentiré un gran dolor.
- Si no tengo la certeza de que tú me amas mi vida no tiene valor ni razón para ser feliz.

Ellis en 1980 elaboró una lista con las 11 creencias irracionales más comunes que tuvo lugar durante su trabajo terapéutico, no son las únicas, de hecho, existen infinidad de creencias y son particulares de cada persona, pero por su uso práctico e histórico serán citadas:

- Es una necesidad absoluta ser aprobado y amado por los demás.
- Una persona debe ser competente, eficaz, perfecto en todo lo que realice de lo contrario es alguien inservible.
- Las personas deben ser buenas todo el tiempo, de lo contrario son malvadas y merecen castigo.
- Es horrible e insopportable que las cosas no salgan como uno quisiera.

- El sufrimiento emocional es a causa de sucesos externos, y por lo tanto no hay nada que se pueda hacer por remediarlo, se es una víctima de las circunstancias.
- Si algo es o puede llegar ser peligroso uno debe estar preocupado por ellos todo el tiempo. Es mejor evitar los problemas de la vida, antes de que hacerles frente.
- Se necesita de otras personas, uno mismo por sí solo no puede hacerse cargo.
- Si algo malo sucedió en el pasado, eso me determina y me afectará toda mi vida.
- Los problemas de los demás son tan terribles que lo adecuado debería ser preocuparse por los demás.
- Existe una solución perfecta para resolver todos los problemas humanos y sería horrible no encontrarla nunca

B. Dependencia emocional según la terapia de esquemas:

La terapia de esquemas es un modelo teórico y terapéutico que surge entre los años 1990 y 1999, creada por Jeffrey Young y colaboradores. Dicho modelo de intervención profundiza los conceptos y el alcance terapéutico de la terapia cognitivo conductual (TCC) de Aaron Beck, asimismo integra elementos de la escuela constructivista, terapia Gestalt, teoría del apego y psicoanálisis de modo que se obtenga un abordaje integrativo (Young, Klosko & Wheisar 2013). Young, quien inicialmente empleaba técnicas de la TCC para tratar a sus pacientes empezó a darse cuenta que muchos de estos pacientes no respondían a la terapia cognitiva estándar, lo que lo impulsó a relacionar una serie de indicadores que mostraban estos pacientes “difíciles” y a comparar sus hallazgos con los de otros terapeutas cognitivo conductuales.

Llegó a la conclusión 46 que los pacientes con sintomatología del Eje 1 (según el diagnóstico multiaxial del DSM IV) respondían favorablemente al modelo de Beck, pero hay un gran número de pacientes que llegaban a consulta con síntomas del Eje 1 y una vez que esos síntomas remitían continuaban manifestando problemas vagos,

como si sintiesen que en su vida hubiese algo que aún estuviera fallando. Estos pacientes no presentan síntomas del eje1 o presentan demasiados por lo que son difíciles de tratar con la TCC tradicional, siendo una alternativa eficaz el modelo de esquemas (Young, 2013). Según Jeffrey Young los esquemas precoces desadaptativos, también llamados trampas vitales están compuestos de recuerdos, emociones, sensaciones corporales y creencias irracionales orientado hacia uno mismo y hacia los demás, teniendo su origen en la infancia o adolescencia, siendo disfuncional a un grado significativo (Young, 2013). Para Rodríguez (2009) los esquemas están caracterizan por ser verdades a priori, se autorefuerzan, son resistentes a ser modificados, suelen ser generados y activados por experiencias ambientales y despiertan un malestar emocional intenso. De acuerdo a este modelo teórico las trampas vitales surgen debido a 5 necesidades emocionales básicas insatisfechas durante la infancia (Young, 2013):

- Necesidad de contacto y afecto seguro y estable
- Necesidad de autonomía, competencia y sentido de identidad
- Necesidad de expresar emociones y deseos
- Necesidad de juego libre y espontáneo
- Necesidad de límites realistas

Si un niño no recibe un contacto cálido que brinde seguridad, sino que por el contrario convive en un ambiente inestable, hostil, frío o aversivo, podrían surgir los siguientes esquemas (Rodríguez, 2009): Abandono e inestabilidad, privación emocional, desconfianza y abuso, imperfección y vergüenza y exclusión social. Estos esquemas suelen activarse principalmente en las relaciones de pareja (Young & Klosko, 2012). La persona con el esquema de abandono convive con la profunda creencia que los demás no pueden brindarle un apoyo estable y que tarde o temprano

será abandonado, experimentando un gran miedo a toda situación que represente un abandono real o imaginario.

Paradójicamente estas personas buscan vincularse en relaciones afectivas que confirmen esta creencia, como parejas inestables o inaccesibles (Young & Klosko, 2012). Aquellos con el esquema de privación emocional, adquieren la creencia que nadie podrá proteger, apoyar o empatizar con sus necesidades emocionales. Esto podría llevar a tal persona y según la estrategia de afrontamiento que utilice a ser controladora, obsesiva y altamente celosa en sus relaciones de pareja. Conductas que llevadas al extremo terminan por alejar a la pareja, confirmando la creencia de base (Young & Klosko, 2012). Las personas con el esquema de desconfianza y abuso poseen la creencia de que los demás lo herirán o se aprovecharán en cualquier momento y de acuerdo a ciertas características del temperamento y la estrategia de afrontamiento disfuncional que la persona emplee lo llevará a buscar y a normalizar situaciones de abuso, ya sea física, sexual o psicológica (Young, 2013). Esto se relaciona con el hecho de justificar a la pareja agresora. En función a ello Young & Klosko (2012) refieren que algunas personas permiten el abuso y el maltrato por parte de la pareja como una forma de reproducir el abuso vivido en la infancia por ser este habitual y en 48 algunos casos incluso la única forma en el que podían concebir una relación parental, denominando a este patrón repetitivo y autodestructivo como la trampa vital del abuso. Para el modelo de la terapia de esquemas son las experiencias tempranas y las necesidades emocionales insatisfechas las que llevan a las personas a generar creencias disfuncionales, las cuales se manifiestan en las relaciones de pareja. Los esquemas que más destacan en esta situación son los de la primera necesidad, la necesidad de contacto y afecto seguro y estable, también llamado como dimensión de “desconexión y rechazo” (Huertas et al., 2016). Los esquemas pertenecientes a la dimensión de

desconexión y rechazo suelen ser originados en los primeros años de vida a partir de la frustración de la primera necesidad emocional básica. Para el niño es vivido cómo doloroso y traumático y según la implicancia de la biología del trauma, estos quedan grabados de manera indeleble en la amígdala cerebral a través de un proceso conocido como el condicionamiento del miedo y el trauma (Young, 2013).

4.3 Características de la Dependencia Emocional:

Castelló (2005) divide estas características en tres áreas: relaciones interpersonales (con especial hincapié en las de pareja), autoestima y estado anímico:

A. Relaciones interpersonales:

- *Tendencia a la exclusividad en las relaciones.* Esto se da tanto en las relaciones de pareja como en las amistades de estas personas, sintiéndose más cómodas hablando con un único amigo que en un grupo numeroso, en el que no se tiene el suministro afectivo necesario y pueden, paradójicamente, encontrarse más solas. Esta exclusividad, dentro ya de las relaciones de pareja, da a entender que más que cariño hay necesidad hacia el otro, implica una cierta falta de construcción personal. Asimismo, ilustra a la perfección la similitud con otras adicciones, en tanto que dicha exclusividad y enganche constante hacia la otra persona se produce también en ellas. La adicción se convierte en el centro de la existencia del individuo y todo lo demás queda al margen, incluyendo trabajo, familia o amigos. De conservar amistades suelen ser de uno a uno y para hablar sobre la pareja, que se convierte en el tema favorito de conversación.
- *Necesitan un acceso constante hacia la persona de la cual dependen emocionalmente.* Esto se traduce en un agobio asfixiante hacia ella con continuas llamadas, mensajes al móvil, aferramiento excesivo, deseo de hacer con ella

cualquier actividad, etc. La motivación de este acceso constante es por un lado la necesidad emocional y por otro la ansiedad por una posible pérdida del otro.

- *Necesitan excesivamente la aprobación de los demás.* De hecho, sondeando en los antecedentes patológicos de estos pacientes aparecen en muchas ocasiones historia de trastornos de la alimentación. Esto indica el desequilibrio emocional subyacente, su autorrechazo y también los deseos de agradar (en el caso de los trastornos alimentarios, también físicamente) a los demás.
- *Ilusión al principio de una relación o cuando conocen a una persona “interesante”.* Esta ilusión tiene mucho de autoengaño, de la misma forma que cuando se da una ruptura pueden pensar que por ver de vez en cuando a su pareja no se van a volver a enganchar a ella, o que si ésta ha prometido dejar de agredirles sistemáticamente creer que en esta ocasión será cierto.
- *Subordinación en las relaciones de pareja.* Es un medio para preservar la relación a toda costa, algo que hacen muy bien y que es atrayente para sus parejas por el suministro narcisista que les proporciona. Las relaciones de pareja de los dependientes emocionales son marcadamente asimétricas, desequilibradas. Uno de sus componentes es el que domina claramente en la pareja y el otro (en este caso, el dependiente emocional) sólo se preocupa de su bienestar, de hacer lo que su pareja desee, de magnificar y alabar todo lo que hace, de ser el objeto de su desprecio narcisista e incluso a veces de su rabia, tanto psíquica como física.
- *Idealizan a sus parejas y las escogen con unas características determinadas: ególatras, con gran seguridad en sí mismas, frías emocionalmente, etc.* El narcisismo de estas personas es la contrapartida de la baja autoestima de los dependientes emocionales, por eso se produce esta idealización y fascinación.

- *Las relaciones de pareja atenúan su necesidad, pero siguen sin ser felices.* De todas maneras, tampoco esperan serlo porque su existencia es una sucesión de desengaños y no tienen el componente esencial del bienestar: quererse a sí mismos. Este componente, por otra parte, es fundamental para poder llevar a cabo relaciones de pareja sanas, equilibradas y mutuamente gratificantes. Esta sensación de tristeza y de vida torturada se manifiesta con claridad cuando nos damos cuenta de que realmente no echan de menos el afecto y a veces el respeto que la pareja debería tenerles, simplemente es algo desconocido para ellos. Esto es algo que resulta difícil de entender cuando tratamos con estas personas.
- *Pánico ante la ruptura y gran posibilidad de padecer trastornos mentales en caso de que se produzca.* De hecho, uno de los dos motivos principales de consulta de los dependientes emocionales es el padecimiento de una psicopatología (generalmente, un episodio depresivo mayor) tras una ruptura. Este sufrimiento se puede producir con una persona que ha hecho la vida imposible o que incluso ha maltratado al dependiente emocional. En estos casos, el paciente no deja de recordarnos a un toxicómano en pleno “síndrome de abstinencia”; es más, son muy frecuentes la negación de dicha ruptura y los continuos intentos y exhortaciones para reanudar la relación. Es necesario añadir que esta tormenta emocional amaina milagrosamente cuando aparece otra persona que cubra las necesidades afectivas del dependiente, y es muy frecuente que la ruptura se produzca cuando se tiene ya otra relación. Cuando esto se produce, el centro de la existencia pasa a ser la nueva pareja. La diferencia con personas “normales” es que éstas suelen guardar un periodo que podríamos calificar como de duelo tras una ruptura amorosa, período en el que no se tienen muchas ganas de tener a otra persona porque la anterior todavía ocupa un lugar privilegiado.

- *Tienen un miedo e intolerancia terribles a la soledad*, base de su comportamiento ante las rupturas, de su necesidad de otra persona, del apego y parasitismo que tienen hacia ella u otras personas, etc. Esta intolerancia a la soledad se debe a que la relación del dependiente consigo mismo es muy negativa; en otras palabras, podemos afirmar que “no se soportan”.
- *Presentan cierto déficit de habilidades sociales, como falta de asertividad*. También destaca el egoísmo, fruto de la necesidad patológica que tienen hacia otra persona. La exclusividad y el agobio que pueden llevar a cabo también hacia amistades denota precisamente ese egoísmo. Pueden tener a otra persona al teléfono hablando de su pareja durante mucho rato sin importarles, por ejemplo, que tengan visita o que se tengan que marchar por cualquier motivo.

B. Autoestima:

Autoestima y autoconcepto muy bajos. No esperan ni echan a faltar el cariño de sus parejas porque tampoco lo sienten hacia sí mismos, y generalmente tampoco lo han tenido de sus personas más significativas a lo largo de sus vidas. Podemos afirmar sin temor a equivocarnos que, así como el miedo a la soledad es uno de los rasgos distintivos de los dependientes emocionales, la falta de autoestima es el fundamento de dicho rasgo.

El autoconcepto es también bajo por simple coherencia con la autoestima, aunque esto en ocasiones no es así en tanto pueden desarrollar habilidades a lo largo de su vida en las cuales adquieran confianza y seguridad (por ejemplo, en el área laboral).

C. Estado de ánimo y comorbilidad:

Manifiestan estar tristes y preocupados. Antes hemos hablado sobre la sensación de tristeza e infelicidad que planea sobre las vidas de los dependientes emocionales; el estado de ánimo es por tanto disfórico y con tendencia a las rumiaciones sobre posibles

abandonos, sobre el futuro de la relación, el miedo a la soledad y qué podrían hacer para mitigarlo, etc.

En consecuencia, la sintomatología ansiosa también es relevante. Las comorbilidades más frecuentes son, por tanto, con trastornos depresivos y ansiosos, y hay que considerar la posibilidad de antecedentes de trastornos de la alimentación como la anorexia o la bulimia.

4.4 Factores causales de la dependencia emocional según Jorge Castelló:

I. Carenca afectiva y relaciones insatisfactorias en edades tempranas del desarrollo de la persona:

Castelló (2005) menciona que los primeros años de vida son sumamente importantes y que las pautas de interacción que tendrá el niño en relación a su entorno más cercano determinarán la manera como se vinculará posteriormente. Si un niño experimenta rechazo por sus padres o más aún crece en un entorno agresivo donde se le trató como un ser inferior, esa atmósfera de desigualdad estará impregnada en la concepción que tiene de sí mismo. A estos conceptos que el niño interioriza del ambiente se le denomina “esquemas” siendo este la representación mental de la realidad externa. El esquema brinda información de sí mismo y de sí mismo en relación a los demás.

Con el tiempo el niño crece y vive con las creencias que las personas próximas no tienen que quererle o que se encuentran en un estatus más elevado que él, todo ello llevará a la persona a normalizar los malos tratos y la carencia afectiva por parte de su pareja. Por esta razón no es de extrañar que la persona dependiente no se percate o se percate de un modo muy abstracto que está viviendo una relación afectiva asimétrica.

II. Mantenimiento de la vinculación y focalización excesiva en fuentes externas de la autoestima:

Las influencias ambientales a través de las relaciones con las figuras paternas juegan un papel muy importante en el origen de la dependencia emocional, a su vez el niño no es un ente pasivo, sino que, por el contrario, será la interacción activa que desempeñe el niño lo que mantendrá finalmente el desarrollo de la dependencia emocional. La persona dependiente aprende a buscar la satisfacción personal y basar su valía como persona en función a la aprobación externa que obtenga, aunque tenga que recibir solo migajas.

III. Factores causales de tipo biológicos:

Para Castelló (2005) El hecho de pertenecer a un sexo u a otro influirá en la facilidad en cuanto a la desvinculación afectiva. Siendo las mujeres más proclives a la dependencia emocional. Este factor no es suficiente para que una persona desarrolle dependencia emocional, sino que se ha de sumar los factores antes mencionados, pero si podría mencionarse que es un factor de predisposición. Así también el temperamento es otro factor de vulnerabilidad biológica, expresada en una mayor susceptibilidad a las carencias emocionales en la infancia. Este autor señala también que la dependencia emocional guarda relación con los trastornos del estado de ánimo, como la depresión y la ansiedad, relación que se expresa en la comorbilidad frecuente con estos trastornos, a la vez que repercuten directamente en la autoestima.

Finalmente, un último factor biológico que afecta a las personas que han vivido en ambientes infantiles cargados de estrés e insatisfacción crónica, es que debido a ello los sistemas serotoninérgicos del cerebro se ven alterados, afectando el sistema de recompensas y el estado de ánimo.

IV. Factores socioculturales y de género de la dependencia emocional:

La sociedad imprime diferentes mensajes al varón y a la mujer, la cultura occidental promueve que el varón se revista de características agresivas, competitivas e individualistas. Por el contrario, en la mujer se moldea los conceptos de pasividad y empatía, diferencias que se aprecian incluso en cómo se promueven los juegos de la niñez de un género y del otro. De igual forma lo cultural afecta en la creación de mitos o creencias erróneas que son captadas como reglas de vida, tales como que el varón debe estar más interesado en el sexo y temer al compromiso y que la mujer debe buscar a un buen prospecto y cazarlo. Por lo tanto, podría resumirse que la construcción de estereotipos y prejuicios influyen en la conducta y en la percepción de las personas.

4.5 Fases de la relación de pareja en las personas con dependencia:

Castelló, J. (2005) refiere que la mayoría de veces los dependientes emocionales siguen el mismo ciclo en una relación, sin embargo, existen casos en que puede seguir varias etapas a la vez luego volver a etapas anteriores, permanecer en alguna de ellas o pasarse de inmediato a etapas terminales de la relación”. Todo dependerá de la forma de ser de cada persona. Entre las principales fases de la relación están:

A. Fase de euforia:

Esta fase inicia cuando el dependiente conoce a su pareja ideal, aquí la persona elegida presenta características agradables que ayudarán a eliminar la soledad y malestar emocional. Todas las parejas pasan por esta etapa, sin embargo, los dependientes lo hacen de forma más rápida, llegado a mostrar entrega total, ilusión excesiva.

B. Fase de subordinación:

A diferencia de la primera la duración de esta fase es extensa, existe evidencia de los roles asumidos por cada uno de los integrantes de la pareja: dominante y subordinado.

C. Fase de deterioro:

Al igual que la anterior es de larga duración, es evidente un empeoramiento de los síntomas, especialmente de los roles, los cuales están más marcados y observables en todo sentido. La diferencia radica en que en la etapa anterior la subordinación del dependiente emocional se daba porque el mismo lo deseaba así, mientras aquí se da por obligación del dominante, lo cual genera un alto grado de sufrimiento en el individuo convirtiéndose en una relación de abuso más que de amor pues existe presencia de maltrato físico. Aquí ya aparecerán síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima, pero con la característica de no poder alejarse de su pareja.

D. Fase de ruptura y síndrome de abstinencia:

Como ya se ha mencionado la persona dependiente trata a través de todos los medios que la relación no se termine, recurriendo generalmente a humillaciones, buscar a terceros que aboguen por él o ella, suplicar, pedir perdón por cosas que supuestamente hizo mal, llegando al punto de que si la ruptura se da definitivamente continuara buscando a su pareja el tiempo que sea necesario para que este regrese a su lado. La mezcla entre la soledad, el dolor por la ruptura, y los intentos por restablecer la relación conforman lo que podemos denominar Síndrome de abstinencia. Este síndrome de abstinencia se caracteriza principalmente por el deseo incontrolable de tener contacto con la persona y únicamente terminará cuando el dependiente encuentre a alguien más y vuelva a empezar el ciclo.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

1. TIPO, MÉTODOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Según la metodología de investigación este estudio se desarrolló bajo un paradigma cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional; es descriptiva correlacional porque logramos identificar, medir y relacionar las variables en estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), entiéndase, los tipos distorsiones de cognitivas y los niveles de dependencia emocional en personas víctimas de violencia de pareja de la comunidad LGTB, para luego estimar el grado de relación o asociación que existe entre ambas variables.

Se ha utilizado el método de medición para obtener datos numéricos de las variables estudiadas y la observación sistemática al momento de la obtención de los mismos, para corroborar una adecuada manipulación de los instrumentos por parte de los sujetos. Como técnicas, haremos uso de un tamizaje, la escala y el cuestionario.

La investigación tiene un diseño no experimental descriptivo correlacional transversal. Siendo no experimental porque hemos estudiado el fenómeno tal como se

da en su contexto natural sin necesidad de la exposición o manipulación de las variables. Por otro lado, es descriptivo correlacional porque se pretendió medir cada variable por separado, para finalmente establecer relaciones entre ellas. Y es transversal porque la obtención de datos se ejecutó en un solo momento.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA:

A. Población:

Nuestra población estuvo conformada por 408 sujetos miembros de la comunidad LGTB de Arequipa., mismos que acudieron a reuniones y eventos programados en el transcurso de los meses comprendidos entre mayo y agosto.

B. Muestra:

Para la selección de la muestra se aplicó la técnica de muestro no probabilístico de tipo intencional, ya que no todos los participantes tuvieron la posibilidad de ser incluidos dentro de este estudio. De esta manera, de un total de 408 participantes, la muestra quedó constituida por 103 sujetos, los cuales cumplieron con los criterios requeridos por esta investigación.

De esta manera la muestra quedó caracterizada como se presenta a continuación:

Tabla N° 1

Población y Muestra

Sujetos seleccionados para la muestra	103	25.2%
No cumplieron criterios de Inclusión	212	52.0%
Pruebas invalidadas por mal llenado	93	22.8%
Población en general	408	100%

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

La tabla N° 1 muestra que de la población general a la que accedió esta investigación, 103 sujetos conformaron la muestra de este estudio ya que cumplieron

con los requerimientos establecidos. A su vez, incluye los casos que no fueron tomados en consideración, siendo estos 212 que no cumplieron los criterios de inclusión establecidos y 93 los casos que fueron desestimados por la invalidación de los cuestionarios, entiéndase por su mal llenado o ejecución incompleta.

Tabla N° 2

Rango de edad de la muestra:

EDAD	Nº	%
De 18 a 19 años	39	37.8
De 20 a 24 años	35	34.0
De 25 a 39 años	29	28.2
Total	103	100.0

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

La tabla N° 2 presenta el rango de edad de la muestra de esta investigación, siendo así se muestra que, el 37.8% de los sujetos evaluados se ubicó en edades comprendidas entre los 18 y 19 años; seguido de un 34.0% cuyo rango de edad osciló entre los 20 a 24 años. Indicando que el mayor porcentaje del total de la muestra se ubicó en un sector joven entre los 18 y 24 años.

Tabla N° 3

Tiempo de relación en la que se fue víctima de violencia

TIEMPO DE RELACIÓN	Nº	%
De 6 a 8 meses	22	51.1
De 9 a 11 meses	9	21.0
De 1 a 2 años	7	16.3
De 2 a 3 años	5	11.6
Total	43	100.0

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

En la tabla N° 3 se presenta que, el 51.1% de la muestra fue víctima de violencia en relaciones cuya duración oscilo entre 6 y 8 meses, mientras que el 21% en relaciones con duración de 9 a 11 meses, el 16.3% de 1 a 2 años y el 11.6% de 2 a 3 años.

Dicha muestra obedeció a criterios mencionados a continuación:

a. Criterios de Inclusión:

- Ser miembro de la comunidad LGTB.
- Encontrarse en edades comprendidas entre los 18 y los 39 años.
- Presentar una capacidad intelectual normal.
- No presentar adicciones a drogas y alcohol que interfieran en la ejecución de los instrumentos.
- Ser o haber sido víctima de violencia de pareja en cualquiera de sus manifestaciones.
- La violencia debe provenir o haber provenido directamente de la pareja.
- El tiempo de la relación de pareja en la que se fue víctima debe tener o haber tenido una duración mínima de seis meses.
- Completar al 100% los instrumentos siguiendo los procedimientos adecuados respecto al llenado de los cuestionarios.

b. Criterios de Exclusión:

- No cumplir con alguno de los criterios de inclusión.

3. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS:

A. FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA Y MALTRATO:

Esta ficha de tamizaje fue elaborada por el Ministerio de Salud en el 2000 en la ciudad de Lima, la cual representa una adaptación del documento “Normas y Procedimientos para la Atención a la Violencia y el Maltrato Infantil”. Tiene por finalidad identificar a aquellas personas que han vivido o pasan por una situación de maltrato sea un adulto o un niño.

En primer lugar, encontramos una sección de preguntas dirigidas a la persona adulta, que nos permitirá confirmar el posible maltrato y de parte de quien proviene, seguido de esto se presentan una serie de indicadores de maltrato en sus diferentes dimensiones: físico, psicológico y sexual (MINSA, 2000).

B. INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS DE RUIZ Y LUJÁN

a. Ficha técnica:

Nombre del instrumento original: Inventario de pensamientos automáticos

Autores: Ruiz y Luján

Adaptación: Riofrio y Villegas (Perú)

Año: 1991

Finalidad: Su objetivo es identificar los principales tipos de pensamientos automáticos presentes en los individuos.

Aplicación: 10-15 minutos.

Ámbito de aplicación: Mayores de 17 años

Materiales: Manual y cuestionario.

b. Descripción;

El Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) fue creado por Ruiz y Luján en 1991 (citado en Ruiz y Inbernon, 1996), el cual consiste en una escala autoaplicada que contiene 45 ítems con la finalidad de identificar los principales pensamientos automáticos negativos (Ruiz, 2009) y 15 tipos de distorsiones cognitivas presentes en los individuos: filtraje, pensamiento polarizado, sobre generalización, interpretación de pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de control, falacia de justicia, falacia de cambio, razonamiento emocional, etiquetas globales, culpabilidad, deberías, falacia de razón y falacia de recompensa divina. Cada distorsión cognitiva

se encuentra agrupada en 3 ítems que representan a las 15 distorsiones cognitivas, tal como se muestra a continuación:

Calificación IPA

Tipo de Distorsión	Ítem
Filtraje	1-16-31
Pensamiento Polarizado	2-17-32
Sobregeneralización	3-18-33
Interpretación del Pensamiento	4-19-34
Visión Catastrófica	5-20-35
Personalización	6-21-36
Falacia de Control	7-22-37
Falacia de Justicia	8-23-38
Razonamiento Emocional	9-24-39
Falacia de Cambio	10-25-40
Etiquetas Globales	11-26-41
Culpabilidad	12-27-42
Los Debería	13-28-43
Falacia de Razón	14-29-44
Falacia de Recompensa Divina	15-30-45

Fuente: Tomado de Ruiz y Lujan (1991)

El inventario puede ser administrado de forma individual o grupal, con un tiempo aproximado de 15 minutos. La consigna es la siguiente: “A continuación encontrará una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos”. En primer lugar,

se debe obtener la frecuencia de los pensamientos negativos mediante el puntaje total del inventario que se obtiene al sumar las puntuaciones obtenidas en cada ítem, tomando en cuenta que cada uno de ellos presenta 4 alternativas de respuesta, cuyas puntuaciones oscilan entre 0 a 3 puntos: Nunca pienso eso (0 puntos), algunas veces lo pienso (1 punto), bastantes veces lo pienso (2 puntos), con mucha frecuencia lo pienso (3 puntos). En segundo lugar, se obtendrá el puntaje para cada una de las 15 distorsiones cognitivas, para lo cual se sumará las puntuaciones obtenidas en los 3 ítems que comprenden cada distorsión, y de esta manera se obtendrá un puntaje con un rango entre 0 y 9 puntos.

Las categorías diagnósticas consideradas para el instrumento están basadas en las puntuaciones directas, se toman como criterio que “a menor puntuación, muestran ausencia de distorsiones Cognitivas” y “a mayor puntuación, presentan tendencia a padecer Distorsiones cognitivas”. Así mismo una puntuación de 0-2 indica ausencia de la distorsión cognitiva, una puntuación de 3-5 indica que ese tema le afecta actualmente de manera importante y una puntuación de 6-9 puede ser indicativo de que tiene cierta tendencia a incomodarse por determinada forma de interpretar los hechos de su vida.

A partir de esta clasificación Aliaga y Travezaño (2015) elaboran una adaptación de la clasificación del instrumento para fines de una mejor lectura y apreciación del diagnóstico, y concluyen en 3 categorías diferenciadas: siendo que una puntuación de 0-2 para cada distorsión cognitiva correspondería a la categoría “no presenta”, una puntuación de 3-5 correspondería a “presenta” y una puntuación de 6-9 correspondería a “presenta significativamente”. Esta última clasificación, la cual consideramos más didáctica y de fácil entendimiento, será empleada en la presente investigación.

La fiabilidad del instrumento fue determinada por Arriaga (2006) para la escuela de psicología de la Universidad César Vallejo de Trujillo en Perú, la cual obtuvo a través del método de las mitades (método Split Half de Guttman), que consistió en hallar el coeficiente de correlación de Pearson entre las dos mitades de ítems agrupados en ítems pares e ítems impares, donde se obtuvo un coeficiente de 0,9339, para luego corregirlo con la fórmula de Spearman Brown, donde se obtuvo un coeficiente de 0,9658 lo que permite afirmar que el instrumento es confiable.

En cuanto a su validez, ésta se obtuvo a través del análisis de correlación ítems test, utilizando para ello el coeficiente de Pearson (también llamado coeficiente de correlación del producto-momento), donde se determinó que los 45 ítems de la versión original eran válidos, es decir que obtuvieron un índice de validez mayor o igual a 0.20. (Duque, 2010).

C. CUESTIONARIO DE DEPENDENCIA EMOCIONAL

a. Ficha técnica:

Nombre del instrumento original: Cuestionario de dependencia emocional

Autores: Mariantonio Lemos Hoyos y Nora Londoño Arredondo

Año: 2006

Finalidad: Su objetivo es evaluar la dependencia emocional en los individuos.

Aplicación: 10-15 minutos.

Ámbito de aplicación: Adultos (16-55 años)

Materiales: Manual y cuestionario.

b. Descripción:

El cuestionario de Dependencia Emocional - CDE, creado por Lemos y Londoño (2006) fue elaborado con la finalidad de construir y validar un instrumento para evaluar la dependencia emocional. Se construyó en base a la teoría del modelo de

terapia cognitiva de Beck y la teoría de Castelló. Las edades que evalúa oscilan entre los 16 a 55 años con un nivel académico básico. El cuestionario cuenta con 23 ítems divididos en seis factores, los cuales son: ansiedad por separación, expresión afectiva a la pareja, modificación de planes, miedo a la soledad, expresión límite y la búsqueda de atención. A continuación, se describe cada uno de los factores:

- *Factor 1:* Ansiedad de separación, que evalúa las expresiones de miedo que siente una persona ante la posibilidad de disolverse la relación (compuesto por siete ítems).
- *Factor 2:* Expresión afectiva de la pareja, que evalúa la necesidad de recibir frecuentes expresiones de afecto, que reafirman el amor que siente, calmando la sensación de inseguridad (compuesto por cuatro ítems).
- *Factor 3:* Modificación de planes, mide cambio de actividades, planes y comportamientos, que buscan satisfacer a la pareja o la simple posibilidad de compartir mayor tiempo con él/ella. En el largo plazo, genera aislamiento de las amistades u otras actividades (compuesto por cuatro ítems).
- *Factor 4:* Miedo a la soledad, evalúa temor por permanecer en soledad, por no tener una pareja, no sentirse amado; situación que la persona evita, acercándose más a su pareja y convirtiéndolo/a en una fuente de seguridad y equilibrio (integrado por tres ítems).
- *Factor 5:* Expresión límite, mide acciones impulsivas de autoagresión que evitan que la relación termine, porque si aquello sucede, tendrá que enfrentarse a la soledad y sentirá que su vida no tiene sentido (compuesto por tres ítems).
- *Factor 6:* Búsqueda de atención, mide esfuerzos activos para obtener la atención de la pareja y asegurar su permanencia en la relación, tratando de ser el centro en su vida (está integrado por dos ítems).

A cada factor le corresponden un cierto número de ítems, los cuales se encuentran agrupados de la siguiente manera:

Factores del CDE

Factores	Ítems
Ansiedad de Separación	2,6,7,8,13,15,17
Expresión Afectiva	5,11,12,14
Modificación de Planes	16,21,22,23
Miedo a la Soledad	1,18,19
Expresión Límite	9,10,20
Búsqueda de Atención	3,4

Fuente: Tomado de Lemos y Londoño (2006)

Su aplicación puede ser de manera colectiva, individual y auto aplicable con una duración aproximada de 15 a 20 min. La consigna es: “Enumeradas aquí, usted encontrará unas afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma con respecto a sus relaciones de pareja. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto”.

La corrección del cuestionario se realiza mediante la sumatoria total de los ítems, donde cada ítem se contesta a través de una escala Likert de 6 puntos (donde 1=completamente falso de mí y 6= me describe perfectamente).

Así mismo, estos son los niveles que corresponden al factor general:

Niveles CDE (Factor General)

CATEGORÍAS	PERCENTILES	PUNTAJE
Bajo	1-29	23-56
Medio	30-59	57-91
Alto	60-100	92-138

Fuente: Tomado de Lemos y Londoño (2006)

Y por cada factor son los siguientes:

Niveles CDE (Ansiedad de separación)

CATEGORÍAS	PERCENTILES	PUNTAJE
Bajo	1-29	7-16
Medio	30-59	17-27
Alto	60-100	28-42

Fuente: Tomado de Lemos y Londoño (2006)

Niveles CDE (Expresión Afectiva)

CATEGORÍAS	PERCENTILES	PUNTAJE
Bajo	1-29	4-9
Medio	30-59	10-15
Alto	60-100	16-24

Fuente: Tomado de Lemos y Londoño (2006)

Niveles CDE (Modificación de planes)

CATEGORÍAS	PERCENTILES	PUNTAJE
Bajo	1-29	4-9
Medio	30-59	10-15
Alto	60-100	16-24

Fuente: Tomado de Lemos y Londoño (2006)

Niveles CDE (Miedo a la soledad)

CATEGORÍAS	PERCENTILES	PUNTAJE
Bajo	1-29	3-6
Medio	30-59	7-12
Alto	60-100	13-18

Fuente: Tomado de Lemos y Londoño (2006)

Niveles CDE (Expresión límite)

CATEGORÍAS	PERCENTILES	PUNTAJE
Bajo	1-29	3-6
Medio	30-59	7-12
Alto	60-100	13-18

Fuente: Tomado de Lemos y Londoño (2006)

Niveles CDE (Búsqueda de atención)

CATEGORÍAS	PERCENTILES	PUNTAJE
Bajo	1-29	2-4
Medio	30-59	5-8
Alto	60-100	9-12

Fuente: Tomado de Lemos y Londoño (2006)

La confiabilidad del cuestionario se hizo a través de la consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach, en donde el alfa total de la escala fue de 0.950, al realizarse la confiabilidad de las subescalas se encontraron alfas aceptables que oscilan entre el 0.671 y el 0.871. (Lemos y Londoño, 2006).

La validez se realizó mediante el análisis factorial exploratorio, se ejecutó con el cuestionario inicial de 66 ítems, en el cual la medida de adecuación KMO alcanzó un puntaje privilegiado a 0.7 mientras que la prueba de Bartlett estuvo por debajo de 0.05, aceptándose el procedimiento del análisis factorial ($KMO = 0.954$). Por lo tanto, la varianza de la prueba es de 64.7% con un total de 23 ítems y seis factores. Sus ítems cargaron con valores que oscilan entre .65 a .87, lo cual hace que se le considere pese al poco número de sus ítems.

4. PROCEDIMIENTOS:

Para la ejecución de esta investigación se procedió a solicitar el permiso de uno de los grupos representantes de la comunidad LGTB de Arequipa, sin embargo, no se logró dicho procedimiento, por lo que se acudió a las reuniones que generalmente son realizadas por estos. En el transcurso de estas actividades, se tuvo la oportunidad de establecer el contacto con algunos de los activistas representantes de la comunidad en mención, obteniendo un permiso verbal para poder acceder a los miembros de la comunidad, integrantes y que asisten a los diferentes eventos y reuniones que estos organizan y consignan como grupo. Posteriormente, para dicho fin y atendiendo a su requerimiento de confidencialidad, se procedió a exponer el propósito de nuestra intervención y los objetivos de esta investigación, así mismo se pactó el compromiso por parte de las investigadoras de alinearse a los horarios de los eventos que estos manejan. Por este motivo, se asistió a reuniones espontáneas como presentaciones de libros, conversatorios, entre otros, además de, actividades únicas como la Marcha LGTB.

De esta manera, la primera etapa investigativa estuvo constituida por la presentación individual a cada participante de los objetivos de la investigación además de la solicitud y aceptación del consentimiento informado (documento que consideramos como base para la ejecución de esta investigación y el uso de datos vertidos en la evaluación realizada). Una vez obtenido este documento, se procedió a la aplicación del tamizaje de violencia que nos permitió la selección de la muestra requerida.

En la segunda etapa de este proceso, los participantes seleccionados, fueron evaluados mediante los instrumentos seleccionados en esta investigación, el Inventory de Pensamientos Automáticos y el Cuestionario de Dependencia emocional. Es necesario mencionar, que estas dos etapas se fueron repitiendo, hasta que se logró integrar la muestra.

Finalizada la etapa de aplicación, se realizó la calificación e interpretación de los datos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Para un mejor manejo y comprensión del contenido de nuestros resultados se elaboraron tablas. Además, para el procesamiento general de los datos se aplicó el paquete estadístico SPSS versión 23.0 y para un análisis descriptivo y de frecuencias se utilizó la prueba no paramétrica de X^2 (Chi Cuadrada).

A continuación, se presenta una descripción de los resultados encontrados en esta investigación:

- En la tabla 4, se presentan las categorías generales de las Distorsiones Cognitivas alcanzadas por la muestra evaluada.
- La tabla 5, presenta en su contenido los Niveles de Dependencia Emocional alcanzados en la muestra evaluada.
- La tabla 6, muestra lo resultados obtenidos respecto a los factores de Dependencia Emocional encontrados en la muestra evaluada.
- De la tabla 7 a la tabla 21 se muestran por separado cada distorsión cognitiva en relación a los niveles de dependencia emocional que presenta la muestra evaluada.

- Finalmente, la tabla 22, muestra una tabla resumen del índice de significancia de ambas variables de estudio.

Tabla N° 4
**DISTORSIONES COGNITIVAS EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA**

FACTORES	DISTORSIONES COGNITIVAS	NIVELES					
		No presenta		Presenta		Presenta Significativamente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Filtraje	38	36.9	56	54.4	9	8.7
	Pensamiento Polarizado	48	46.6	48	46.6	7	6.8
	Sobregeneralización	54	52.4	43	41.8	6	5.8
	Interpretación del Pensamiento	39	37.9	58	56.3	6	5.8
	Visión Catastrófica	54	52.4	42	40.8	7	6.8
	Personalización	61	59.2	39	37.9	3	2.9
	Falacia de Control	46	44.7	52	50.4	5	4.9
	Falacia de Justicia	46	44.7	48	46.6	9	8.7
	Razonamiento Emocional	55	53.3	43	41.8	5	4.9
	Falacia de Cambio	50	48.5	47	45.7	6	5.8
	Etiquetas Globales	44	42.7	51	49.5	8	7.8
	Culpabilidad	44	42.7	53	51.5	6	5.8
	Deberías	44	42.7	48	46.6	11	10.7
	Falacia de Razón	40	38.8	56	54.4	7	6.8
	Falacia de recompensa divina	18	17.5	58	56.3	27	26.2
	Total		Nº	103	%	100	

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

La tabla N° 4 nos permite visualizar que las distorsiones cognitivas que se presentaron con mayor incidencia en la población evaluada son: Falacia de Recompensa Divina (56.3%), Interpretación del Pensamiento (56.3%), Filtraje (54.4%), Falacia de Razón (54.4%), Culpabilidad (51.5%), Falacia de Control (50.4%), Etiquetas Globales (49.5%), Falacia de Justicia (46.6%), Deberías (46.6%) y Pensamiento Polarizado (46.6%).

Tabla N° 5

NIVELES DE DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

DEPENDENCIA EMOCIONAL	NIVELES						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
	46	44.7	33	32.0	24	23.3	103 100	

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

En la tabla N° 5 observamos que el 44.7% de la población evaluada se ubicó en un nivel bajo de dependencia emocional, mientras que el 32.0% de la muestra se situó en un nivel medio respecto a la misma variable. Por otro lado, un porcentaje minoritario alcanzó niveles altos de dependencia (23.3%).

Tabla N° 6
FACTORES DE DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

FACTORES	DEPENDENCIA EMOCIONAL	NIVELES						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
	Ansiedad por Separación	44	42.7	37	35.9	22	21.4		
	Expresión Afectiva	38	36.9	37	35.9	28	27.2		
	Modificación de planes	45	43.7	38	36.9	20	19.4	103 100	
	Miedo a la soledad	40	38.8	42	40.8	21	20.4		
	Expresión límite	52	50.4	36	35.0	15	14.6		
	Búsqueda de atención	30	29.1	44	42.7	29	28.2		

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

En la tabla N° 6 se muestra que, entre los factores de dependencia emocional, la muestra alcanzó una categoría media en Búsqueda de Atención (42.7%) y Miedo a la Soledad (40.8%). Por otro lado, los factores: Expresión Límite (50.4%), Modificación de Planes (43.7%), Ansiedad por Separación (42.7%) y Expresión Afectiva (36.9%) alcanzaron una categoría baja.

Tabla N° 7

RELACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS CON LOS NIVELES DE DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

DISTORSIÓN COGNITIVA: FILTRAJE

DEPENDENCIA EMOCIONAL						
FILTRAJE	Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No presenta	20	43.5	13	39.4	5	20.8
Presenta	25	54.3	17	51.5	14	58.4
Presenta Significativamente	1	2.2	3	9.1	5	20.8

Filtraje y se ubicó en un nivel bajo respecto a la Dependencia Emocional. El 51.5% evidenció Filtraje y se ubicó en un nivel medio de dependencia. El 58.4% obtuvo Filtraje y se ubicó en un nivel alto de Dependencia Emocional. De esta manera, se obtuvo un índice de correlación de 0.049, estableciendo una relación significativa entre ambas variables.

Tabla N° 8

RELACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS CON LOS NIVELES DE DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

DISTORSIÓN COGNITIVA: PENSAMIENTO POLARIZADO

DEPENDENCIA EMOCIONAL						
PENSAMIENTO POLARIZADO	Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Presenta	26	56.5	15	45.5	7	29.2
Presenta	20	43.5	15	45.5	13	54.2
Presenta Significativamente	0	0.0	3	9.0	4	16.6

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

En la Tabla N° 8 observamos que el 56.5% de la muestra no presentó la distorsión cognitiva Pensamiento Polarizado y se ubicó en un nivel bajo respecto a la Dependencia Emocional. El 45.5% evidenció Pensamiento Polarizado y se ubicó en un nivel medio de dependencia. El 54.2% presentó Pensamiento Polarizado y se ubicó en un nivel alto de Dependencia Emocional. De esta manera, se obtuvo un índice de correlación de 0.045, estableciendo una relación significativa entre ambas variables.

Tabla N° 9

RELACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS CON LOS NIVELES DE DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

DISTORSIÓN COGNITIVA: SOBREGENERALIZACIÓN

DEPENDENCIA EMOCIONAL						
SOBREGENERALIZACIÓN	Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Presenta	30	65.2	14	42.4	10	41.7
Presenta	14	30.4	17	51.5	12	50.0
Presenta Significativamente	2	4.4	2	6.1	2	8.3

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

En la Tabla N° 9 observamos que el 65.2% de la muestra no presentó la distorsión cognitiva Sobregeneralización y se ubicó en un nivel bajo respecto a la Dependencia Emocional. El 51.5% evidenció Sobregeneralización y se ubicó en un nivel medio de dependencia. El 41.7% no presentó Sobregeneralización y se ubicó en un nivel alto de Dependencia Emocional. De esta manera, se obtuvo un índice de correlación de 0.232, estableciendo que no existe relación entre ambas variables.

Tabla N° 10

**RELACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS CON LOS NIVELES DE
DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA**

DISTORSIÓN COGNITIVA: INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO

INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO	DEPENDENCIA EMOCIONAL					
	Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Presenta	22	47.8	10	30.3	7	29.2
Presenta	22	47.8	21	63.6	15	62.5
Presenta Significativamente	2	4.4	2	6.1	2	8.3

P P=0.450 (P ≥ 0.05) N.S.

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

En la Tabla N° 10 observamos que el 47.8% de la muestra, presentó la distorsión cognitiva Interpretación del Pensamiento y se ubicó en un nivel bajo respecto a la Dependencia Emocional. El 63.6% evidenció Interpretación del Pensamiento y se ubicó en un nivel medio de dependencia. El 62.5% obtuvo presencia de Interpretación del Pensamiento y se ubicó en un nivel alto de Dependencia Emocional. De esta manera, se obtuvo un índice de correlación de 0.450, estableciendo que no existe relación entre ambas variables.

Tabla N° 11

**RELACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS CON LOS NIVELES DE
DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA**

DISTORSIÓN COGNITIVA: VISION CATASTRÓFICA

VISION CATASTRÓFICA	DEPENDENCIA EMOCIONAL					
	Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Presenta	30	65.2	16	48.5	8	33.3
Presenta	13	28.3	15	45.5	14	58.3
Presenta Significativamente	3	6.5	2	6.0	2	8.4

P

P=0.042 (P < 0.05) S.S.

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

En la Tabla N° 11 observamos que el 65.2% de la muestra no presentó la distorsión cognitiva Visión Catastrófica y se ubicó en un nivel bajo respecto a la Dependencia Emocional. El 48.5% no evidenció Visión Catastrófica y se ubicó en un nivel medio de dependencia. El 58.3% presentó Visión Catastrófica y se ubicó en un nivel alto de Dependencia Emocional. De esta manera, se obtuvo un índice de correlación de 0.042, estableciendo una relación significativa entre ambas variables.

Tabla N° 12

RELACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS CON LOS NIVELES DE DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

DISTORSIÓN COGNITIVA: PERSONALIZACIÓN

PERSONALIZACIÓN	DEPENDENCIA EMOCIONAL					
	Bajo	Medio	Alto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Presenta	28	60.9	22	66.7	11	45.8
Presenta	17	37.0	10	30.3	12	50.0
Presenta Significativamente	1	2.1	1	3.0	1	4.2

Fuente: Propia (2010) para efectos de la investigación.

En la Tabla N° 12 observamos que el 60.9% de la muestra, no presentó la distorsión cognitiva Personalización y se ubicó en un nivel bajo respecto a la Dependencia Emocional. El 66.7% no presentó Personalización y se ubicó en un nivel medio de dependencia. El 50.0% obtuvo presencia de Personalización y se ubicó en un nivel alto de Dependencia Emocional. De esta manera, se obtuvo un índice de correlación de 0.607, estableciendo que no existe relación entre ambas variables.

Tabla N° 13

**RELACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS CON LOS NIVELES DE
DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA**

DISTORSIÓN COGNITIVA: FALACIA DE CONTROL

FALACIA DE CONTROL	DEPENDENCIA EMOCIONAL					
	Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Presenta	25	54.3	15	45.5	6	25.0
Presenta	20	43.5	17	51.5	15	62.5
Presenta Significativamente	1	2.2	1	3.0	3	12.5

P

P=0.039 (P < 0.05) S.S.

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

En la Tabla N° 13 observamos que el 54.3% de la muestra no presentó la distorsión cognitiva Falacia de Control y se ubicó en un nivel bajo respecto a la Dependencia Emocional. El 51.5% presentó Falacia de Control y se ubicó en un nivel medio de dependencia. El 62.5% presentó Falacia de Control y se ubicó en un nivel alto de Dependencia Emocional. De esta manera, se obtuvo un índice de correlación de 0.039, estableciendo una relación significativa entre ambas variables.

Tabla N° 14

RELACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS CON LOS NIVELES DE DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

DISTORSIÓN COGNITIVA: FALACIA DE JUSTICIA

DEPENDENCIA EMOCIONAL						
FALACIA DE JUSTICIA	Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Presenta	26	56.5	13	39.4	7	29.2
Presenta	18	39.1	17	51.5	13	54.2
Presenta Significativamente	2	4.4	3	9.1	4	16.6

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

En la Tabla N° 14 observamos que el 56.5% de la muestra no presentó la distorsión cognitiva Falacia de Justicia y se ubicó en un nivel bajo respecto a la Dependencia Emocional. El 51.5% presentó Falacia de Justicia y se ubicó en un nivel medio de dependencia. El 54.2% presentó Falacia de Justicia y se ubicó en un nivel alto de Dependencia Emocional. De esta manera, se obtuvo un índice de correlación de 0.046, estableciendo una relación significativa entre ambas variables.

Tabla N° 15

**RELACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS CON LOS NIVELES DE
DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA**

DISTORSIÓN COGNITIVA: RAZONAMIENTO EMOCIONAL

RAZONAMIENTO EMOCIONAL	DEPENDENCIA EMOCIONAL					
	Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Presenta	29	63.0	20	60.6	6	25.0
Presenta	17	37.0	11	33.3	15	62.5
Presenta Significativamente	0	0.0	2	6.1	3	12.5

P

P=0.011 (P < 0.05) S.S.

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

En la Tabla N° 15 observamos que el 63.0% de la muestra no presentó la distorsión cognitiva Razonamiento Emocional y se ubicó en un nivel bajo respecto a la Dependencia Emocional. El 60.6% no presentó Razonamiento Emocional y se ubicó en un nivel medio de dependencia. El 62.5% presentó Razonamiento Emocional y se ubicó en un nivel alto de Dependencia Emocional. De esta manera, se obtuvo un índice de correlación de 0.011, estableciendo una relación significativa entre ambas variables.

Tabla N° 16

**RELACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS CON LOS NIVELES DE
DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA**

DISTORSIÓN COGNITIVA: FALACIA DE CAMBIO

FALACIA DE CAMBIO	DEPENDENCIA EMOCIONAL					
	Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Presenta	28	60.9	16	48.5	6	25.0
Presenta	17	37.0	16	48.5	14	58.3
Presenta Significativamente	1	2.1	1	3.0	4	16.7

P

P=0.016 (P < 0.05) S.S.

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

En la Tabla N° 16 observamos que el 60.9 % de la muestra no presentó la distorsión cognitiva Falacia de Cambio y se ubicó en un nivel bajo respecto a la Dependencia Emocional. El 48.5% presentó Falacia de Cambio y se ubicó en un nivel medio de dependencia. El 58.3% presentó Falacia de Cambio y se ubicó en un nivel alto de Dependencia Emocional. De esta manera, se obtuvo un índice de correlación de 0.016, estableciendo una relación significativa entre ambas variables.

Tabla N° 17

**RELACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS CON LOS NIVELES DE
DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA**

DISTORSIÓN COGNITIVA: ETIQUETAS GLOBALES

ETIQUETAS GLOBALES	DEPENDENCIA EMOCIONAL					
	Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Presenta	26	56.6	14	42.4	4	16.7
Presenta	19	41.3	18	54.6	14	58.3
Presenta Significativamente	1	2.1	1	3.0	6	25.0

P

P=0.001 (P < 0.05) S.S.

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

En la Tabla N° 17 observamos que el 56.6 % de la muestra no presentó la distorsión cognitiva Etiquetas Globales y se ubicó en un nivel bajo respecto a la Dependencia Emocional. El 54.6% presentó Etiquetas Globales y se ubicó en un nivel medio de dependencia. El 58.3% presentó Etiquetas Globales y se ubicó en un nivel alto de Dependencia Emocional. De esta manera, se obtuvo un índice de correlación de 0.001, estableciendo una relación altamente significativa entre ambas variables.

Tabla N° 18

RELACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS CON LOS NIVELES DE DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

DISTORSIÓN COGNITIVA: CULPABILIDAD

DEPENDENCIA EMOCIONAL						
CULPABILIDAD	Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Presenta	25	54.3	12	36.4	7	29.2
Presenta	21	45.7	18	54.6	14	58.3
Presenta Significativamente	0	0.0	3	9.0	3	12.5

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

En la Tabla N° 18 observamos que el 54.3 % de la muestra no presentó la distorsión cognitiva Culpabilidad y se ubicó en un nivel bajo respecto a la Dependencia Emocional. El 54.6% presentó Culpabilidad y se ubicó en un nivel medio de dependencia. El 58.3% presentó Culpabilidad y se ubicó en un nivel alto de Dependencia Emocional. De esta manera, se obtuvo un índice de correlación de 0.044, estableciendo una relación significativa entre ambas variables.

Tabla N° 19

RELACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS CON LOS NIVELES DE DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

DISTORSIÓN COGNITIVA: DEBERÍAS

DEPENDENCIA EMOCIONAL						
DEBERÍAS	Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Presenta	26	56.5	14	42.4	4	16.7
Presenta	17	37.0	17	51.5	14	58.3
Presenta Significativamente	3	6.5	2	6.1	6	25.0

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

En la Tabla N° 19 observamos que el 56.5 % de la muestra no presentó la distorsión cognitiva Deberías y se ubicó en un nivel bajo respecto a la Dependencia Emocional. El 51.5% presentó Deberías y se ubicó en un nivel medio de dependencia. El 58.3% presentó Deberías y se ubicó en un nivel alto de Dependencia Emocional. De esta manera, se obtuvo un índice de correlación de 0.008, estableciendo una relación significativa entre ambas variables.

Tabla N° 20

**RELACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS CON LOS NIVELES DE
DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA**

DISTORSIÓN COGNITIVA: FALACIA DE RAZÓN

FALACIA DE RAZÓN	DEPENDENCIA EMOCIONAL					
	Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Presenta	21	45.7	12	36.4	7	29.2
Presenta	24	52.2	20	60.6	12	50.0
Presenta Significativamente	1	2.1	1	3.0	5	20.8

P

P=0.031 (P < 0.05) S.S.

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

En la Tabla N° 20 observamos que el 52.2 % de la muestra presentó la distorsión cognitiva Falacia de Razón y se ubicó en un nivel bajo respecto a la Dependencia Emocional. El 60.6% presentó Falacia de Razón y se ubicó en un nivel medio de dependencia. El 50.0% presentó Falacia de Razón y se ubicó en un nivel alto de Dependencia Emocional. De esta manera, se obtuvo un índice de correlación de 0.031, estableciendo una relación significativa entre ambas variables.

Tabla N° 21

RELACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS CON LOS NIVELES DE DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

DISTORSIÓN COGNITIVA: FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA

DEPENDENCIA EMOCIONAL						
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Presenta	7	15.2	8	24.2	3	12.5
Presenta	28	60.9	16	48.5	14	58.3
Presenta Significativamente	11	23.9	9	27.3	7	29.2

En la Tabla N° 21 observamos que el 60.9 % de la muestra presentó la distorsión cognitiva Falacia de Recompensa Divina y se ubicó en un nivel bajo respecto a la Dependencia Emocional. El 48.5% presentó Falacia de Recompensa Divina y se ubicó en un nivel medio de dependencia. El 58.3% presentó Falacia de Recompensa Divina y se ubicó en un nivel alto de Dependencia Emocional. De esta manera, se obtuvo un índice de correlación de 0.723, estableciendo que no existe relación entre ambas variables.

Tabla N° 22

ÍNDICES DE SIGNIFICANCIA DE LA RELACION DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS CON LOS NIVELES DE DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD LGTB VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

DISTORSIONES COGNITIVAS	SIGNIFICACION CON LA DEPENDENCIA EMOCIONAL
Filtraje	P=0.049 (P < 0.05) S.S.
Pensamiento Polarizado	P=0.045 (P < 0.05) S.S.
Sobregeneralización	P=0.232 (P ≥ 0.05) N.S.
Interpretación del Pensamiento	P=0.450 (P ≥ 0.05) N.S.
Visión Catastrófica	P=0.042 (P < 0.05) S.S.
Personalización	P=0.607 (P ≥ 0.05) N.S.
Falacia de Control	P=0.039 (P < 0.05) S.S.
Falacia de Justicia	P=0.046 (P < 0.05) S.S.
Razonamiento Emocional	P=0.011 (P < 0.05) S.S.
Falacia de Cambio	P=0.016 (P < 0.05) S.S.
Etiquetas Globales	P=0.001 (P < 0.05) S.S.
Culpabilidad	P=0.044 (P < 0.05) S.S.
Deberías	P=0.008 (P < 0.05) S.S.
Falacia de Razón	P=0.031 (P < 0.05) S.S.
Falacia de Recompensa Divina	P=0.723 (P ≥ 0.05) N.S.

Fuente: Propia (2019) para efectos de la investigación

En la tabla N° 22 podemos apreciar que solo 4 distorsiones cognitivas no guardaron relación con la variable Dependencia emocional, siendo estas; Sobregeneralización, Interpretación del Pensamiento, Personalización y Falacia de Recompensa Divina. De las distorsiones que guardaron relación con la variable Dependencia Emocional, las cuatro que obtuvieron relación más significativa son: Etiquetas Globales, Razonamiento Emocional, Deberías y Falacia de Cambio.

DISCUSIÓN

Nuestra investigación tuvo como objetivo determinar si existe relación entre la presencia de distorsiones cognitivas y los niveles de dependencia emocional en víctimas de violencia de pareja de la comunidad LGTB de Arequipa, respondiendo a esto, los resultados reportaron que las Distorsiones Cognitivas: Filtraje, Pensamiento polarizado, Interpretación del pensamiento, Falacia de control, Etiquetas globales, Culpabilidad, Deberías, Falacia de razón y Falacia de recompensa divina, obtuvieron una relación significativa con la variable Dependencia Emocional, determinando de esta manera que, a mayor presencia de estas distorsiones mayor probabilidad de desarrollar dependencia emocional. Teóricamente estos resultados coinciden con los postulados de Lemos y Londoño (2007) quienes refieren que, una de las principales causas de la dependencia emocional está constituida por la presencia de distorsiones cognitivas, debido a que estas contribuyen de manera directa no solo con la comprensión del mantenimiento de los esquemas que sostienen la dependencia, sino también en la manera cómo se generan los eventos cognitivos que reflejan el patrón interpersonal disfuncional hacia la pareja. En la misma línea Sestir y Barthlow (2007) señalaban que, para comprender la naturaleza de la agresión y la violencia, era necesario analizar cómo se generaban a nivel cognoscitivo, siendo las distorsiones cognitivas la clave respecto a la forma de elaborar cognitivamente la conducta agresiva.

En el campo investigativo Aliaga y Travezaño (2015) en un estudio realizado a pacientes femeninas con depresión; encontraron que existe una relación significativa entre la dependencia emocional y los pensamientos automáticos. Con un factor más específico, Londoño y Zapata (2007) en su investigación denominada “Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional” encontraron diferencias significativas en las distorsiones cognitivas filtraje, pensamiento polarizado, sobregeneralización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, falacia de control, falacia de justicia, razonamiento

emocional, falacia de cambio, deberías, falacia de razón y falacia de recompensa divina, las cuales presentaron mayores puntuaciones de las medias en el grupo de personas con dependencia emocional. Esta última investigación encontró mayor soporte con un estudio realizado por Riofrío y Villegas; quienes en 2016 realizaron una investigación en estudiantes de una universidad Privada de Pimentel, encontrando que, existían diferencias significativas de las distorsiones cognitivas según los niveles de dependencia emocional, resultando que se presentaban diferencias significativas en las tres muestras de comparación, siendo en la muestra de nivel alto de dependencia emocional, donde hay mayor presencia de distorsiones cognitivas; determinando que a mayor presencia de distorsiones mayor probabilidad de poseer patrones de dependencia emocional. Estos estudios corroboran los datos encontrados respecto a la relación entre ambas variables de estudio coincidiendo con los resultados encontrados en esta investigación.

Por otro lado, referido a la identificación de víctimas de violencia intragénero (o violencia de pareja) en miembros de la comunidad LGTB de Arequipa, se observó que, de la población compuesta por 408 sujetos, 103 de ellos dieron positivo en el tamizaje de violencia. Este dato podría indicar que existen altos índices de violencia en las relaciones establecidas en esta minoría, como lo asegura el estudio realizado por Ortega (2014) quien realizó un estudio en jóvenes homosexuales en dos países hispanohablantes y determinó que existía una alta prevalencia de violencia intragénero en estos grupos. Del mismo modo Saldivia, Faúndez, Sotomayor y Cea (2017) realizaron un estudio sobre la violencia en parejas jóvenes del mismo sexo en Chile, encontrando altos índices de violencia de pareja en la población con la que trabajaron. Así mismo, un estudio que se realizó en 2012 en México, logró demostrar que, dentro de las relaciones entre mujeres, el 83% de las entrevistadas, habían confirmado que fueron víctimas de violencia por parte de su pareja, que involucran desde celos, posesión, maltrato psicológico, físico, coerción, amenazas, bromas hirientes, descalificaciones, etc.

(como se cita en Jara, 2016). Sin embargo, la invisibilidad de la violencia intragénero es aún más preocupante, dado que pocos son los casos que denuncian el maltrato, respecto a ello, Jara (2016) en el estudio denominado “Situaciones de violencia en parejas del mismo sexo” concluyó que lo que impide que el tema esté siendo tratado y visible, es tanto la dependencia al otro, como la discriminación y el no tener un marco normativo que se responsabilice y regule.

Por otro lado, respecto a la presencia de Distorsiones cognitivas se logró determinar que la Falacia de recompensa divina (56.3%), Interpretación del pensamiento (56.3%), Filtraje (54.4%) y Falacia de Razón (54.4%) obtuvieron índices más altos respecto a las demás. Esto coincidiría con el estudio realizado por Jaramillo (2011) quien evaluó la presencia de distorsiones cognitivas en víctimas de violencia intrafamiliar y sexual. Observó que las distorsiones con mayor índice de frecuencia fueron: Falacia de Recompensa Divina (80%), es decir concluyó con la idea de que las examinadas asumían que si se comportan de una manera adecuada serían retribuidas o recompensadas en lo que ellas esperaban, de esta manera, tendrían una tendencia a presentar conductas basadas en la no búsqueda de soluciones a problemas y dificultades actuales, suponiendo que la situación mejorará “mágicamente”; y Filtraje (60%) distorsión que se vio reflejada en la actitud del grupo de examinadas para permanecer atendiendo únicamente a una idea y experimentando un sentimiento o emoción ligado a esa idea, sin considerar otras opciones a su alrededor.

A su vez estos resultados se asemejarían con los encontrados por Montenegro y Cobeñas (2018) en su estudio sobre niveles dependencia emocional y tipos de distorsiones cognitivas en mujeres maltratadas de Chiclayo, concluyendo que el total de la población obtuvo un nivel alto en las distorsiones: falacia de recompensa divina, abstracción selectiva y deberías.

Por otro lado, en cuanto a la variable Dependencia emocional se logró determinar que el 32.0% de la población se ubicó en una categoría diagnóstica media y un 23.3% en una

categoría diagnóstica alta; esto indicaría que el mayor porcentaje de la población poseería una tendencia a tener rasgos de dependencia característicos.

Respecto a esto, la literatura ofrece pocas investigaciones que hayan estudiado esta variable en la comunidad LGTB, siendo aún más escasos los estudios que agreguen la variable de violencia en este tipo de muestra. Es así que Gómez y Montenegro (2015) realizaron una investigación con jóvenes homosexuales no víctimas de violencia intragénero en un centro comunitario en Chiclayo, Perú. Sus resultados mostraron que existía una prevalencia alta (44%) de la población de mostrar caracteres dependientes. Así mismo una investigación realizada en 2011 con población heterosexual por Guerra y Mego, concluyó que el 18% de estudiantes mantienen un nivel alto de dependencia emocional en sus relaciones de pareja y el 46% de ellos se ubican en un nivel medio. Estos resultados señalan a la dependencia emocional como un factor que se presenta tanto en el establecimiento de relaciones heterosexuales como homosexuales, dicha situación puede encontrar sus causas en la explicación dada por Castelló (2005), quien hace uso del término vinculación afectiva para explicar la naturaleza de ésta realidad, definida como el vínculo de un sujeto con otras personas y la necesidad de crear y mantener lazos permanentes con ellas.

Los hallazgos de este estudio respecto a la variable Dependencia emocional se corroboran a su vez con los datos obtenidos en los factores de la prueba utilizada (Cuestionario de Dependencia Emocional, CDE). Encontrándose los niveles más altos en los factores: Búsqueda de Atención (42.7% medio) y Miedo a la Soledad (40.8% medio).

Respecto al primer factor Búsqueda de atención, los resultados son confirmados por el estudio realizado por Gómez y Montenegro (2015) quienes determinaron que, respecto a este factor, el 22% de la población homosexual que evaluaron obtuvo un porcentaje muy alto y el 34% un porcentaje alto, esto representó al 56% de la población en estudio. Así mismo, Loayza (2002) concluyó que el 60% de su población se ubicó en un nivel alto en

relación al mismo factor, lo cual se sustentó con las características que evidenciaba la población, como el centrar su atención en la pareja y aminorar la importancia del medio, seguido de su afán y deseo constante por ser eje principal de su pareja. Coinciendo con la denominación que caracteriza a estas personas por una necesidad constante de ser atendido por la pareja con la finalidad de asegurar su permanencia en la relación; se busca ser el centro de atención realizando diversas actividades para lograr este fin (Castelló, 2005).

Con referencia al factor Miedo e intolerancia a la soledad, los resultados obtenidos en este factor son corroborados con la investigación de Lemos, M y Londoño, N. (2006) quienes encontraron que el 48% se ubicó en un nivel alto de dependencia emocional en relación al mismo factor, lo cual es amparado con los aportes establecidos por Meiler (2000), quien afirma que el dependiente se siente prisionero de sí mismo, no se valora y esto conduce a que tenga una especial aversión a la soledad y a estar consigo mismo; características que presenta la población en mención. Además, Gómez y Montenegro (2015) observaron que, del 50% que obtuvo altos índices en este factor, un 40% manifestó que la sola idea de perder a su pareja los asustaba. Haciendo referencia al temor causado por no tener una relación afectiva o también por no sentirse lo suficientemente amado; en tal sentido, el dependiente necesita de la compañía de la pareja para sentir bienestar, percibe la soledad como desagradable y tener la necesidad de estar siempre acompañado (Castelló, 2005).

De esta manera, podemos concluir que respecto a esta variable los individuos que son emocionalmente dependientes suelen sentir miedo y rechazo a la soledad, identificándose con temor por no tener una relación de pareja o por sentir que no son amados, necesitando dicha relación para sentirse equilibrados y seguros, de tal forma que la soledad es vista como algo aterrador (Castelló, 2005; Schaeffer, 1998). Además, según Urbiola (2015) los dependientes emocionales muestran a la vez una necesidad extrema de afecto, y una búsqueda constante por obtener la aprobación de los demás, lo que les lleva a someterse

muchas veces a la humillación, ya que necesitan ser el centro de atención por el miedo a la soledad que estos muestran.

Finalmente, los resultados del presente estudio muestran que el rango de edad dominante en cuanto a las variables de investigación, recalando la variable violencia que se presentó como criterio fundamental en la población objetivo, obtuvo un gran porcentaje en personas jóvenes, cuyos rangos de edad oscilaron en mayor porcentaje entre los 18 y 24 años. Esto indicaría que la violencia intragénero (o violencia en parejas LGTB) tiene gran impacto en los miembros más jóvenes de esta población. Estos resultados coinciden con los datos encontrados por Ortega (2014) en cuya investigación realizada a parejas de hombres jóvenes y adultos homosexuales y bisexuales en Argentina y España, con respecto a la victimización, obtuvo en relación a la edad que tanto en la muestra argentina como en la española las mayores tasas de agresión se producen entre los 18 a 29 años, disminuyendo en los siguientes grupos de edad. Así mismo, en el 2014 se emitió el informe “Coalición Nacional de Programas contra la Violencia” (NCAVP) cuyo contenido planteó que, dentro de este grupo, serían los jóvenes los más vulnerables, tanto por el alto porcentaje de violencia de pareja encontrado (Informe NCAVP, 2014), como por la etapa de vida que atraviesan, siendo también más vulnerables a sufrir abusos y conductas de violencia por parte de sus pares y su familia (Stephenson, Hast, Finneran & Sineath, 2014).

CONCLUSIONES

PRIMERA: Existe una relación significativa entre la presencia de distorsiones cognitivas y los niveles de dependencia emocional en víctimas de violencia intragénero (o violencia de pareja) en miembros de la comunidad LGTB de Arequipa.

SEGUNDA: De una población de 408 sujetos evaluados, 103 manifestaron haber sido víctimas de violencia intragénero (o violencia de pareja), indicando que el 25.2% de la población estudiada presenta índices de violencia.

TERCERA: Las distorsiones cognitivas: Falacia de recompensa divina, Interpretación del Pensamiento, Filtraje y Falacia de Razón son las distorsiones que presentan mayor índice de prevalencia en esta población.

CUARTA: La mayor parte de la población tiende a presentar niveles medios y altos de Dependencia emocional. De esta manera se describe que los factores con mayor incidencia son: Búsqueda de Atención y Miedo a la Soledad.

QUINTA: Las distorsiones cognitivas Filtraje, Pensamiento Polarizado, Visión Catastrófica, Falacia de Control, Falacia de Justicia, Razonamiento Emocional, Falacia de Cambio, Etiquetas Globales, Culpabilidad, Deberías y Falacia de Razón, presentan relación con la variable dependencia emocional, esto indica que a mayor presencia de distorsiones cognitivas mayor probabilidad de presentar dependencia emocional.

SUGERENCIAS

1. A las instituciones involucradas en el abordaje de la violencia, dar mayor enfoque e interés a este tipo de trabajos de investigación para lograr un enfoque multidisciplinario (ámbito legal, policial, trabajo social, médico y psicológico) en temas de violencia en esta población, actuando como agentes de cambio para esta realidad.
2. A la Psicología Social se sugiere la elaboración de planes y proyectos de intervención tanto a nivel individual como grupal. Así como la inclusión de variables tales como; edad, identidad sexual, niveles de instrucción, entre otras; que podrían ayudar a establecer mejor este fenómeno permitiéndonos obtener datos para mejoras en la intervención.
3. A la comunidad LGTB, se sugiere mayor apertura a estudios que involucren diversos fenómenos sociales, que les permita obtener un mejor conocimiento y percepción de su realidad, llevándolos a la búsqueda de medidas que determinen el equilibrio y la mejora de su Salud Mental, acciones que posibiliten obtener una aceptación tanto por ellos mismos como por la sociedad, en los diferentes entornos: educativos, laborales, políticos y sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramsky, T.; Watts, CH.; García-Moreno, C.; Devries, K.; Beso, L.; Ellsberg, M. y Heise, L. (2011). ¿Qué factores están asociados con la violencia reciente de la pareja íntima? Hallazgos del estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. *BMC Public Health.* 11: 109.

Albarrán, L. y Salazar, H. (2013). Relación entre dependencia emocional a la pareja y distorsiones cognitivas en mujeres adultas pacientes de un Centro de Salud Mental en Lima Metropolitana. Título Profesional.
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1572/1/TL_Cobe%C3%B1asCernaJenifer_MontenegroArtegaJorge.pdfcorrelaciondependenciaydistorsiones.

Alberdi, I. y Matas, N. (2002). Violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: Colección Estudios Sociales.

Aldarte (2008). Ver, evaluar y actuar. Violencia en las relaciones lésbicas y homosexuales. Disponible en:
<http://www.aldarte.org/comun/imagenes/documentos/Cuaderno%20castellano%20-%20v3.pdf>

Aldarte (2010). Estudio sobre violencia intragénero. Recuperado de:
<http://www.aldarte.org/comun/imagenes/documentos/INFORMEENCUESTAVIOLENCIAINTRAGENERO.pdf>

Aliaga, D. y Travezaño, J. (2015). Dependencia emocional y pensamientos automáticos en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana. Tesis de Grado. Lima.

- Álvarez, R. (1997). Para Salir del Laberinto. España: Sal Terrae.
- Amar, Mauricio (2012). El Género: conceptos, definiciones y medios de integración. Santiago de Chile: Departamento de estudios, extensión y publicaciones Biblioteca del Congreso Nacional (BCN).
- American Psychological Association (2011). APA Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender. Información disponible en: <http://www.apa.org/topics/lgbt/>
- American Psychological Association. (2017) Información disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/sexual.aspx>
- Amnistía Internacional (2017). Informe 2016/2017 Amnistía internacional: La situación de los derechos humanos en el mundo. Recuperado de: <https://www.amnesty.org/download/Documents/POL1048002017SPANISH.PDF>
- Amor, J. & Bohórquez, I. (2005). Mujeres víctimas de maltrato doméstico. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid (España). Recuperado en www.fundacionfive.com/wp-content/uploads/Formacion13e.pdf
- Antón, L. (2014). Teorías criminológicas sobre la violencia contra la mujer en la pareja. Anales de la Cátedra Francisco Suárez. 48: 49-79.
- Arriaga, N. (2006). Relación entre satisfacción familiar y distorsiones cognitivas en alumnos de Psicología de la Universidad César Vallejo-Trujillo. Tesis publicada, Universidad César Vallejo-Trujillo, Perú.

Asensi, L. (2008). La prueba pericial psicológica en asuntos de género. Revista Internauta de Práctica Jurídica, 21, pp. 15-29.

Asociación ALDARTE Centro de Atención a Gais, Lesbianas y Transexuales (2008). Por los Buenos Tratos en las Relaciones Lésbicas y homosexuales. Informe para la inclusión de la perspectiva LGTB en los planteamientos sobre violencia de género: Propuestas para el debate. Recuperado de: <http://www.aldarte.org/comun/imagenes/documentos/BUENOSTRATOS.pdf>

American Psychological Association (2011). APA Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender. Información disponible en: <http://www.apa.org/topics/lgbt/>

Bardi, A.; Gonzales, E.; Leyton, C.; Martinez, V. (2004). Orientación sexual: Un desafío actual para la atención de adolescentes. (ES SOBRE LA PREVALENCIA)

Becerra, M. y Melo, O. (2006) IDENTIDAD SEXUAL Y DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD. Disponible en: <http://www.waece.org/biblioteca/pdfs/d006.pdf>

Beck, AT. (1962). Thinking and Depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. Archives of General Psychiatry. 9: 324-333.

Beck, A. (1967). Depresión: aspectos clínicos, experimentales y teóricos. Nueva York: Harper & Row.

Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. y Emery, G. (1979). Historia cognitiva de la depresión. Nueva York: Guilford Press.

Beck, U. (1998) "La reinvención de la política: hacia una teoría de la modernización reflexiva" en Ulrich, B., Giddens, A. y S. Lash, *Modernización reflexiva*,

política, tradición y estética en el orden social moderno. Madrid, España, Alianza Editorial, pp. 13–77.

Beck, J. (2011). Terapia cognitivo conductual: conceptos básicos y más allá. Nueva York: The Guilford Press.

Bott, B., Guedes, A., Goodwin, M. & Adams, J. (2014). Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Bravo, F. (2014). El activismo LGBT ante la violencia intragénero. Valencia: XXVI Encuentros estatales LGTB. Disponible en: <http://www.degenerando.net/wp-content/uploads/lourdes-bravo-comunicacionviolencia-intragenero.pdf>

Brown, T. N., y Herman, J. L. (2015). Intimate Partner Violence and Sexual Abuse among LGBT People. The Williams Institute. Recuperado a partir de <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wpcontent/uploads/Intimate-Partner-Violence-and-Sexual-Abuse-among-LGBT-People.pdf>

Burke, L., & Follingstad. (1999). Violence in lesbian and gay relationships: Theory, prevalence, and correlational factors. *Clinical Psychology Review*, 19(5), 487-512.

Burke, T. y Owen, S. (2006). Violencia doméstica del mismo sexo: ¿alguien está escuchando? *The Gay y Lesbian Review*, 8 (1), 6-7.

Cantera Espinosa, L. M. (2002). La violencia doméstica. In Lectora: revista de dones i textualitat (pp. 0071-77).

Cantera, L. M. y Blanch, J. M. (2010). Percepción Social de la Violencia en la Pareja desde los Estereotipos de Género. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 121-127.

Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*. 2012;3(2):231 280.

Caro, I. (2013). El Estudio de la Personalidad en el Modelo Cognitivo de Beck, Reflexiones Críticas. Valencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Valencia.

Castelló, J. (2005). Dependencia emocional y violencia doméstica: características y tratamiento. Madrid, España: Alianza.

Castelló, J. (2012). La superación de la dependencia emocional. Málaga, España: Ediciones Corona Borealis.

Castillo, J. y Morales, H. (2013). Los estudios de género a las nuevas masculinidades y/o los movimientos de padres por la custodia compartida de sus hijos e hijas. *Revista Educación y Humanismo*, 15(24), 107-121.

Castro, J. y Quintero, D. (2011). Slideshare Obtenido de Slideshare: <http://es.slideshare.net/DAVIDJULIANCASTROALF/procesoscognitivos-diapositivas>

Centro Emergencia Mujer. (2018). Boletín estadístico: Setiembre 2018. Recuperado de: https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin_setiembre_2018/BV_Setiembre_2018.pdf

Centro de Investigación Interdisciplinaria en Sexualidad, Sida y Sociedad (2017). Reporte del Observatorio de Derechos Humanos LGBT 2016. Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano, Lima

Cesari G., (1998). "Natura ed interpretazione dell'omosessualità", en Sgreccia E., (a cura di) AIDS Problemi bioetici correlati con la clinica l' epidemiologia e le implicazioni socio-culturali della sindrome da inmuno-deficiencia adquisita, Bologna.

Cesaretti, S. (2010). "La violencia en las parejas homosexuales 1re partie". Édition FPS, Francia.<http://www.klamydias.ch/fr/resources/violence-couple-homo>. p [1-2-2016]

Cobeñas, J. y Montenegro, J. (2018) Niveles de dependencia emocional y tipos de distorsiones cognitivas en mujeres maltratadas de un Hospital Nivel II-1 Del Distrito De Ferreñafe, Setiembre – Diciembre, 2017. Tesis de grado. Chiclayo.

Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH). (2008). Algunas precisiones y términos relevantes. Disponible en:
<http://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/mandato/precisiones.asp>

Cooker, A. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. Am J Public Health. 90:553-9

Cuervo M. Pautas de crianza y desarrollo socio afectivo en la infancia. Rev. Diversitas- Perspectivas en Psicología. 2010;(6):1

Cunradi, C.; Caetano, R. y Schafer, J. (2002). Predictores socioeconómicos de la violencia de pareja íntima entre las parejas blancas, negras e hispanas en los Estados Unidos. Revista de violencia familiar. 17 (4): 377-389.

Delgado, G., Novoa, R. y Bustos, O. (1998) Ni tan fuertes ni tan frágiles, Resultados de un estudio sobre estereotipos y sexismo en mensajes publicitarios de televisión y educación a distancia, UNICEF/PRONAM, México.

De Vidas, M. (1999). Chilhood sexual abuse and domestic violence: A support group for Latino gay men and lesbians. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 10, 51-68

Donovan, C.; Hesther, M.; Holmes, J. & McCarry, M. (2006). Comparing Domestic Abuse in Same Sex and Heterosexual Relationships. Bristol: University of Sunderland and University of Bristol.

Dobash, E. R., & Dobash, R. P. (2011). What were they thinking? Men who murder an intimate partner. *Violence Against Women*, 17, 111-134.

<http://dx.doi.org/10.1177/1077801210391219>

Duque, M. (2010). Influencia del acoso escolar en el desarrollo de las distorsiones cognitivas en adolescentes. (Tesis de Licenciatura), Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.

Dutton, D. (1995). El papel de la vergüenza y la culpa en la transmisión intergeneracional del abuso. *Violencia y víctimas*, 10 (2), 121-131.

Dutton, D. G., y Starzomski, A. J. (1994). Psychological differences bet-ween court-referred and self-referred wife assaulters. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 203-222. doi: 10.1177/0093854894021002002

Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). Manual de Violencia Doméstica. Ed. Siglo XXI de España.

Echeburúa, E. y Corral, P. D. (2002). Manual de Violencia Intrafamiliar. Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J. (2011). Trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés agudo. En V. Caballo, I. C. Salazar, J.A. Carrobles (Eds.), Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos (pp. 266-280). Barcelona: Pirámide.

Elliot, Pam. 1996. “Shattering illusions: Same sex domestic violence”. En Rezetti, C. M. & Miley, C. H. (Eds.), Violence in gay and lesbian domestic relationships, 1-8. New York, NY: Harrington Park Press.

Ellis, A. (1980). Razón y emoción en psicoterapia. España: Desclée de Brouwer.

Ellis, A. (2000). El amor neurótico: sus causas y tratamiento. En B. Shawn (Ed). Vivir en una sociedad irracional. Barcelona, España: Paidós.

Esteves, F. (2012). “Violencia doméstica en parejas del mismo sexo”. Recuperado en: <http://minimosymaximos.blogspot.com.es/2012/12/violencia-domestica-en-parejasdel.html>

Etxeberria, B. (2008). Entrevista a Elena Olaortua, abogada de Aldarte. Revista Emakunde, 72, 13-15.

Expósito, F., & Ruiz, S. (2010). Reeducación de maltratadores: Una experiencia de intervención desde la perspectiva de género. Intervención Psicosocial, 19(2), 145-151.

<http://dx.doi.org/10.5093/in2010v19n2a6>

Farley, N. (1992). Same sex domestic violence. En E. Dworkin & F. J. Gutierrez (Eds.), *Gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow.* (pp. 231-242). Alexandria, VA: American Association for Counseling Development.

Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (2011). Coord. Rebollo, J. y Gómez, B. (2011). Informe sobre la Situación de la Violencia Entre Parejas del Mismo Sexo. Datos sobre Violencia Intragénero: Casos atendidos y Derivados y Datos de las encuestas a Grupos dentro de la Comunidad LGTB (jóvenes y gays seropositivos). Informe elaborado para la Secretaría de Estado de Igualdad, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad por el Colectiu Lambda de lesbianas, gais, transexuales y bisexuales pertenecientes a la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales. FELGTB.

Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 112-113). Madrid: Siglo XXI.

Fiestas, F.; Rojas, R.; Gushiken, A. y Gozzer, E. (2012). ¿Quién es la víctima y quién el agresor en la violencia física entre parejas? Estudio epidemiológico en siete ciudades del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (1), 44-52.

Recuperado

de:

<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2012.v29.n1.a07.pdf>

Fray-Witzer, E. (1999). Twice abused: same-sex domestic violence and the law. En B. Leventhal & S. Lundy (Eds.), *Same-sex domestic violence.* (19-42). Thousand Oaks: Sage Publications, In

Fucek I. (1996). “L’ ideologizzazione dell’ omosessualità nel contesto dell’ odierna discussione teologica”, en Medicina e Morale.

Gannon, T. A., Ward, T., Beech, A. R., y Fisher, D. (Eds.). (2007). Aggressive Offenders’ Cognition: Theory, research, and practice. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

García-Moreno, C., Henrica A., Watts, Ch., Ellsberg, M. & Heise, L. (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

García, L. (2014). Teorías criminológicas sobre la violencia contra la mujer en la pareja. Anales de la Cátedra Francisco Suárez.; 48:49-79

Gisbert, J. A. (2004). Violencia Familiar. Medicina Legal y Toxicología. (pp. 486-504) (6a. ed). Madrid, España: Masson.

Giunchedi, F. (1994). Definición que se encuentra presente también en Marmor J., L’ inversione sessuale, Milán 1970, 9. 4

Gómez, F.; Barrientos, J.; Guzmán, M.; Cárdenas, M.; & Bahamondes, J. (2017). Violencia de pareja en hombres gay y mujeres lesbianas chilenas: Un estudio exploratorio. Interdisciplinaria, 34 (1), 57-72. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v34n1/v34n1a04.pdf>.

Gómez, L. y Montenegro, K. (2015). Dependencia emocional en población homosexual de un centro comunitario de Chiclayo, 2015. Universidad privada Juan Mejía Vaca, Perú.

González, R., Gutiérrez, A., Villalta, A., Gamboa, J., Fernández, A., Jiménez, G. (2008). La evolución del riesgo en situaciones de violencia contra las mujeres en la relación de pareja. Departamento de Trabajo Social Y Psicología. San José, Costa Rica: Poder Judicial.

Guerra, R. y Mego, C. (2011). Dependencia Emocional y violencia en relaciones de pareja, en alumnos, de la Facultad de Derecho de la USS. (Tesis de pregrado). Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Perú.

Gutiérrez, D. (2001). Cognición y Procesos de Aprendizaje. México D. F.: Instituto Universitario Anglo Español A. C. Rojo.

Hamberger, L. K. (1996). Intervention in gay male intimate violence requires coordinated efforts on multiple levels. En C. M. Renzetti & C. Harvey-Miles (Eds.), Violence in gay and lesbian domestic relationships (pp. 83-91). New York, NY: Harrington Park Press.

Hanson, B. (1996). The violence we face as lesbians and gay men: The landscape both outside and inside our communities. En M. S. (Ed.), Human services for gay people: Clinical and community practice. New York, NY: Harrington Park Press.

Haro, M. y Méndez, A. (2010). El Desarrollo de los Procesos Cognitivos Básicos en los Estudiantes del Colegio Nacional Ibarra, Sección Diurna de los Segundos y Terceros Años de Bachillerato. Ibarra: Universidad Técnica del Norte.

Hart, S.; Dutton, D. y Newlove, T. (1993). La prevalencia del trastorno de personalidad entre los agresores de esposas. Revista de trastornos de la personalidad. 7 (4): 329-341.

- Haskell, L. (2000). Intra-lesbian violence [2001, 5/24]
- Haynes, R. (2016). La violencia es violencia: Comparación de las percepciones de la violencia de pareja en las relaciones homosexuales y heterosexuales. Revista de psicología aplicada y ciencias sociales, 2 (2), 1-29. Recuperado de: http://insight.cumbria.ac.uk/id/eprint/2562/1/Haynes_ViolenceIsViolence.pdf
- Hernández, N. y De la Cruz, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. Estados Unidos: Amerton International S. A.
- Hernández, R.; Fernández, C.; & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. Distrito Federal, México: McGraw-Hill.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. (5a ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrera, F. (2003). Habilidades Cognitivas. Ceuta: Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Granada.
- Herrera, M. C., & Expósito, F. (2009). Responsabilidad compartida: influencia de los medios de comunicación en la atribución de culpabilidad y justificación de la violencia de género. Anuario de Psicología Jurídica, 19, 103-110.
- Hickson, F., Davies, P., Hunt, A., Weatherburn, P., McManus, T., & Coxon, A. (1994). Gay men as victims of nonconsensual sex. Archives of Sexual Behavior, 23(3), 281-294.
- Huertas, R., Ramirez, N., Ramos, J., Murillo, L., Falcon, C., Misare, M., Sanchez, J. (2016). Esquemas cognitivos disfuncionales y dependencia emocional en mujeres con

y sin violencia en la relación de pareja de la ciudad de Lima. Revista IIPSI. Vol 19 – No. 2 – 2016, pp 145 – 162, <http://dx.doi.org/10.15381/rinpv.v19i2.12895>

Infante, G. (2015). MHOL: Muchos homosexuales no denuncian ataques por temor a represión. Recuperado de: <https://canaln.pe/actualidad/mhol-muchos-peruanoshomosexuales-no-denuncian-ataques-temor-represion-n191747>

INMUJERES (2004). El ABC de género en la administración pública, Instituto Nacional de las Mujeres/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), México.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2012). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Lima.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). Primera Encuesta virtual para personas LGBTI, 2017. Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/lgbti.pdf>

Island, D. y Letellier, P. (1991). Hombres que golpean a los hombres que los aman: hombres gay maltratados y violencia doméstica. Prensa de psicología. Recuperado a partir de: https://books.google.es/books?hl=esylr=yid=fHLEthCtrLwCyoifndypg=PR13ydq=IIsland+y+Letellier,+1991yots=bdsJ_vIduPysig=wNKSsSDM8ucIl1mEE4Ofk5.

Jaramillo, J. (2011). Distorsiones cognitivas en víctimas de violencia intrafamiliar y sexual. Ecuador: Universidad Central de Ecuador.

Jara, J (2016) Situaciones de violencias en parejas del mismo sexo. Derecho y Ciencias Sociales. N° 14 (Semillero de investigadores/as con perspectiva de género Instituto de Cultura Jurídica, FCJyS.UNLP) Pgs 104 – 116

Jiménez, R. (2008). Protocolo para la Atención de la Violencia Sexual y/o Doméstica en el Departamento de Medicina Legal. San José, Costa Rica: Poder Judicial.

Kagan (1976). Acquisition and significance of sex typing and sex-role identity, en M. Hoffman, M. y Hoffman. L.V. (éds) Review of child development research. New York. Russell Sage Foundation

Kaplan, S. (1980). La nueva terapia sexual. Alianza Editorial 2. Madrid.

Kelly, E., & Warshafsky, L. (1987). Partner abuse in gay male and lesbian couples. Presentado en Third National Conference of Family Violence Researchers, Durham, NH

Klinger, R. (1995). Gay violence. Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 2(3), 119-134.

Klinger, R., & Stein, T. (1996). Impact of violence, childhood sexual abuse, and domestic violence and abuse on Lesbian, Bisexual, and Gay men. En R. C. T. S. (Ed.), Textbook of homosexuality and mental health. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kohlberg, L. (1966). A cognitive developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes. En E. E. Maccoby (Eds.), The development of sex differences. Stanford: Stanford University Press.

Koss, M. P. (1990). The women's mental health research agenda: Violence against women. *American Psychologist*, 45, 375-380.

Labrador, F. (2004). Mujeres víctimas de la violencia doméstica: Programa de actuación. Madrid: Pirámide.

López, Mabel y Ayala, Denisse (2011). Intimidad y las múltiples manifestaciones de la violencia doméstica entre mujeres lesbianas. *Salud y sociedad*, 2, pp.151-174: Universidad Católica del Norte y Universidad de Talca, Chile.

Labrador, F. (2004). Mujeres víctimas de la violencia doméstica: Programa de actuación. Madrid: Pirámide.

Lamas, M. (2002). "La antropología feminista y la categoría género", en Cuerpo, Diferencia Sexual y Género, Taurus, México.

Lamas, M. (2003). "Género: Complejidad y claridad", en A. Giglia, C. Garma y De A. Teresa. [ed.], ¿Adónde va la antropología? (185-190). México: Fondo de Cultura Económica.

Lamas, M. (2005). Orientación sexual, familia y democracia. NEXOS. Disponible en: <http://www.nexos.com.mx/?p=11717>.

Ledesma, D. (coordinador). (2013) Violencia contra las lesbianas, los gays, y las personas trans, bisexuales e intersex en México. México: Asistencia Legal por los Derechos Humanos A.C.

Lemos, Londoño y Zapata (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional (Artículo de investigación experimental de la Universidad de San

Buenaventura, Medellín, Colombia). Recuperado en:

<https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1707>

Lemos, M. y González, A. (2012). Perfil cognitivo de la dependencia emocional en mujeres víctimas de maltrato en Medellín, Colombia. Universidad Psicológicamente. 11 (2), 395 - 404. Recuperado de: <http://www.psicodoc.org/clientesurl.htm>

Lemos, M. y Londoño, N. (2006). Construcción y validación del Cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. PEPSIC, 9, 127-140. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v9n2/v9n2a12.pdf>.

Loayza, W (2002). Dependencia psicológica en las mujeres víctimas de violencia, en las relaciones de pareja, usuarias de la Defensoría Parroquial Lestonnac, de la ciudad de Chepé - La Libertad. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Lobel, K. (Ed.). (1986). Naming the violence: Speaking out about lesbian battering. Seattle, WA: Seal Press.

Londoño, M. L. (1989). El Problema es la Norma - Enfoques Libertadores sobre Sexualidad y Humanismo. Ediciones Prensa Colombiana, Cali.

López, J. (2008). Psicología de la delincuencia. (2.ed.). Salamanca: Universidad de Salamanca.

López, M. y Ayala, D. (2011). Intimidad y las múltiples manifestaciones de la violencia doméstica entre mujeres lesbianas. Salud y sociedad, 2, pp.151-174: Universidad Católica del Norte y Universidad de Talca, Chile.

Lozano, I. (2009). El significado de homosexualidad en jóvenes de la ciudad de México. Enseñanza e investigación en psicología, pp.156-157. México: Consejo nacional para la investigación y la enseñanza en Psicología AC.

Mak, W.; Chong, E. y Kwong, M. (2010). Prevalencia de violencia entre parejas del mismo sexo en Hong Kong. Salud Pública, 1 (24), p. 149-152. Doi: 10.1016 / j.puhe.2010.02.002

Martínez, A. (2011). Los cuerpos del sistema sexo / género: Aportes teóricos de Judith Butler. Revista de Psicología, (12), 127-144.

Mckay, M.; Davis, M. And Fanning, P. (1988). 15 Tipos de pensamientos distorsionados adaptado en 1988. Recuperado el 10 de marzo del 2015, disponible en <http://www.uned.es/master-psicologia-deporte/jajajaja/2009/pd.pdf>

McKenry, P.; Serovich, J.; Mason, T. y Mosack, K. (2006). Perpetración de la violencia de pareja gay y lesbiana: una perspectiva de desempoderamiento. Journal of Family Violence, 21, 4, págs. 233-243. Nueva York: Springer Science + Business Medi.

Medina J. (2002). Violencia contra la mujer en la pareja. Investigación comparada y situación en España. Valencia: Tirant Monografías. Meiler, P. (2000). Dependencia emocional: un vacío afectivo difícil de llenar. Recuperado de: <http://www.centroatc.com/programa-dependenciaemocional/>

Mejía R. (2013). Domestic Violence Exposure in Colombian Adolescent: Pathways to Violent and Prosocial Behavior. Journal of Traumatic Stress. 19(2):257-267.

Merill, G. (1999). 1 in 3 of 1 in 10: Sexual and dating violence prevention groups for lesbian, gay, bisexual, and transgendered youth. En B. Levanthal & S. Lundy (Eds.),

Same-sex domestic violence: Strategies for change (pp.201-213). Thousand Oaks, CA: Sage.

Merrill, G. S. y Wolfe, V. A. (2000). Hombres gay maltratados: una exploración del abuso, la búsqueda de ayuda y por qué se quedan. Diario de la homosexualidad, 39 (2), 1-30. doi: 10.1300 / J082v39n02_01

Meiler, P. (2000). Dependencia emocional: un vacío afectivo difícil de llenar. Recuperado de: <http://www.centroatc.com/programa-dependenciaemocional/>.

Ministerio de Salud (2000). Ficha de tamizaje de Violencia y Maltrato Infantil. Normas y Procedimientos para la Atención a la Violencia y el Maltrato Infantil. Lima, Perú.

Mujika, I. (2007). Euskadi. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.

Mujika, I. (2012). Buenos tratos en las relaciones lésbicas y homosexuales. Informe para la inclusión de la perspectiva LGTB en los planteamientos sobre violencia de género. Propuestas para el debate. Bilbao: ALDARTE. Disponible en: <http://www.aldarte.org/comun/imagenes/documentos/BUENOSTRATOS.pdf>

Murray, Christine; Mobley, A. Keith; Buford, Anne & Seaman-Dejohn, Megan (2007): Same-Sex Intimate Partner Violence: Dynamics, Social Context, and Counseling Implications. The Journal of LGBT Issues in Counseling, 1(4), pp. 7-30.USA: Taylor & Francis Group, LLC.

Murray, C. y Mobley, A. (2009). Investigación empírica sobre la violencia entre parejas del mismo sexo: una revisión metodológica. Journal of Homosexuality, 56 (3), págs. 361-386. Estados Unidos: Taylor & Francis Group, LLC.

Naciones Unidas (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Extraído de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

Naciones Unidas (1995). Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Disponible en: www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf

Naciones Unidas. 2013. Orientación Sexual e Identidad de Género en el Derecho Internacional de los Derechos humanos. Disponible en: <http://acnudh.org/wpcontent/uploads/2013/11/orientaci%C3%B3n-sexual-eidentidad-de-g%C3%A9nero2.pdf>

National Coalition of Anti-violence Programs (2000). Lesbian, gay, transgender and bisexual (LGTB) domestic violence in 1999. New York, NY: Autor.

National Coalition of Anti-Violence Programs (NCAVP) (2014). Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer and HIV affected Intimate Partner Violence in 2013. New York: National Coalition of Anti-Violence Programs.

Navas, J. (1981). Terapia Racional Emotiva. *Terapia Racional Emotiva*, 14(1), 75–83. Recuperando de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80513105>

Nieves-Rosa, L., Carballo-Dieguex, A., & Dolezal, C. (2000). Domestic Abuse and HIV-risk behavior in Latin American men who have sex with men in New York City. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 11(1), 77-90.

Nóblega, M. (2012). Características de los agresores en la violencia hacia la pareja. *Liberabit*, 18 (1), 59-67. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v18n1/a08v18n1.pdf>

OPS-OMS. 2000. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción.
Disponible en: http://new.paho.org/hq/dm/documents/2009/promocion_salud_sexual.pdf

Organización Mundial de la Salud OMS (2003). Krug, E. G.; Dahlberg, L. L.;
Mercy, J. A.; Zwi, A. B.; Lozano, R. (Ed.) Informe Mundial sobre la violencia y la salud.
Publicación Científica y Técnica Nº 588. Organización Panamericana de la Salud.

Ortega, A. (2014). Agresión en parejas homosexuales en España y Argentina:
prevalencias y heterosexismo. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado a partir
de <http://eprints.sim.ucm.es/28389/1/T35737.pdf>

Pérez-del-Campo, A. (1995). Una cuestión incomprendida. El maltrato a la mujer.
Madrid: Horas y horas.

Perucha, B. (2006) Distortions of the mind: from cultural models to domestic
violence. Quaderns de Filologia. Estudis Lingüístics.7, 213-222.

Poo, A. y Vizcarra, María. (2008) Violencia de pareja en jóvenes universitarios.
Terapia Psicológica, 26, 1, pp. 81-88. Santiago: Sociedad Chilena de Psicología Clínica.

Principios de Yogyakarta (2006) Principios sobre la aplicación de derechos
humanos en relación a la orientación sexual y la identidad de género. Disponible en:
http://www.oas.org/dil/esp/orientacion_sexual_Principios_de_Yogyakarta_2006.pdf

Renzetti, C. (1992). Violence betrayal: Partner abuse in lesbian relationships.
Newbury Park, CA: Sage Publications.

Renzetti, C. (1997). Violence and abuse among same-sex couples. En A. P. Caldarelli (Ed.), Violence between intimate partners: Patterns, causes, and effects (pp. 70- 89). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Renzetti, C. (1998). Violence and abuse in lesbian relationships: Theoretical and empirical issues. En R. Kennedy-Bergen (Ed.), Issues in intimate violence (pp. 117-128). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Rey-Anacona, César (2008). Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. Avances en Psicología Latinoamericana, 26, 2, pp. 227-241. Bogotá: Universidad del Rosario.

Riofrio, J. y Villegas, M. (2016). Distorsiones cognitivas según niveles de dependencia emocional en universitarios – Pimentel. Revista Paian. (7), s.p. Recuperado de <https://goo.gl/R9cdGS>

Rivas, M. (2008). Procesos Cognitivos y Aprendizaje Significativo. Madrid: Subdirección General de Inspección Educativa de la Viceconsejería de Organización Educativa de la Comunidad de Madrid.

Rojas y Roldan. (2018). “Violencia de pareja en estudiantes homosexuales de instituciones educativas superiores públicas y privadas de lima metropolitana”. Recuperado a partir de: http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/8479/1/2018_Rojas-Vargas.pdf

Rojas, J. (2002). Violencia Doméstica y Medidas Cautelares. Medicina Legal de Costa Rica [en línea] Vol. 19, N ° 1. Recuperado el 30 de abril de 2008 de: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152002000100003&Ing=es&n

- Ruiz, J.J. (2009). Comunicación persona.
- Ruiz, J. e Imbernon, J. (1996). Sentirse mejor: cómo afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva. Úbeda Recuperado de <https://goo.gl/Ozhkoc>
- Ruiz, J. y Luján, J (1991). Manual de psicoterapia cognitiva. Inventario de pensamientos automáticos. Recuperado de <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbeda/Libros.htm>
- Rodríguez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. Avances en Psicología, 1(1), 59-74.
- Russo, A. (1999). Lesbian organizing lesbians against battering. En B. Levanthal & S. Lundy (Eds.), Same-sex domestic violence: Strategies for change (pp. 83-96). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Salas, E. (2008) Homosexualidad. Los errores de concepto. Disponible en: <file:///C:/Users/HP/Downloads/19576-31189-1-PB.pdf>
- Saldivia, B.; Faúndez, S. y Sotomayor, F. (2017). “Violencia íntima en parejas jóvenes del mismo sexo en chile”, Fundación Iguales-Chile. Chile.
- Sanhueza, T. (2016). Violencia en las relaciones amorosas y violencia conyugal: convergencias y divergencias, reflexiones para un debate. Última Década, 44, pp. 133-167. Valparaíso: CIDPA.
- Scarce, M. (1997). Male on male rape: The hidden toll of stigma and shame. New York, NY: Plenum Press.
- Schaeffer, B. (1998). ¿Es amor o adicción? Barcelona, España: Apóstrofe.

Schornstein, S. L. (1997). Domestic violence and health care: What every professional needs to know. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Segal, Z. (1988). Appraisal of the self-schema: Construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103(2), 147-162.

Seligman, M. (1975). Helplessness: On Depression, Development and Death. San Francisco. Freeman Publishers.

Shernoff, M. (1995). Gay men: Direct practice. En R.L. Edwards (Ed.), Encyclopedia of Social Work 19th Edition (1075-85). Washington, D.C.: National Association of Social Workers.

Stephenson, R.; Hast, M.; Finneran, C. y Sineath, C. (2014). Violencia de pareja íntima, familiar y comunitaria entre hombres que tienen sexo con hombres en Namibia. Cultura. Salud y sexualidad, 16, 5, págs. 473-487. Estados Unidos: Taylor & Francis Group, LLC.

Strauss, M. A., & Gelles, R. J. (1990). How violent are American families? Estimates from the National Family Resurvey and other studies. En M. A. Strauss & R. J. Gelles (Eds.), Physical violence in American families (pp. 95-132). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Tellez, Pedro & Walters, Andrew (2011). Intimate Partner Violence Within Gay Male Couples: Dimensionalizing Partner Violence Among Cuban Gay Men. *Sexuality & Culture*, pp. 153–178. New York: Springer Science + Business Media, LLC.

Toro-Alfonso, J. (1999a). Domestic violence among samesex partners in the gay, lesbian, bisexual, and transgender communities in Puerto Rico: Approaching the issue.

En B. Leventhal, & S. Lundy (Eds.), Same-sex domestic violence. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Toro-Alfonso, J. (1999b). Hidden in the closet: Same sex domestic violence, Implications for intervention. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*. 9:1. New York, NY: The Haworth Press. 69-79.

Torres, M. (2004). Familia En J. Sanmartín, El laberinto de la Violencia. (Pp. 77-86). Madrid: Ariel.

Torres, E., y López-Zafra, E. (2010). Diferencias en cultura del honor, inteligencia emocional y pensamientos distorsionados sobre las mujeres en reclusos y no reclusos. *Boletín de psicología*, 100, 71-88.

Troiden, R. (1988). Homosexual identity development. *Journal of Adolescent Health Care*, 9, 105-113.

Urbiola, I. y Estévez, A. (2015). Dependencia emocional y esquemas desadaptativos tempranos en el noviazgo de adolescentes y jóvenes. *Psicología Conductual* 23 (3), 71-587.

Walker, L. (1979). La mujer maltratada. Nueva York: Harper y Row. Recuperado a partir de <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=54451>

West y Zimmerman, D. (1987). "Doing gender" (PDF). *Gender and Society*. 1 (2): 125– 151; p. 127. doi:10.1177/0891243287001002002. Disponible en: https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Social%20Psych%20Prelim%20Readings/IV.%20Structures%20and%20Inequalities/1987%20West%20Zimmerman%20-%20Doing%20Gender.pdf

Yllo, K. (1993). A través de una lente feminista: género, poder y violencia. En: Gelles R, Loseke D, (eds.). *Controversias actuales en violencia familiar*. Londres: Publicaciones sabias; pags. 47-62.

Young, J. (1999). *Reinventando tu vida*. Nueva York, NY: Plume.

Young, J. & Klosko, J. (2012). *Reinventa tu vida. Cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien denuovo*. Barcelona, España: Paidós Iberica.

Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2013). *Terapia de esquemas guía práctica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Young, J. (2013). *Terapia de esquemas*. En J.M. Oldham, A.E. Skodol & D.S. Bender (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Elsevier Masson.

ADDENDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ud. está siendo invitado (a) a participar en una investigación que busca conocer cuál es la manera en la que se relaciona con su pareja y cómo es que piensan acerca de sus relaciones. La investigación está a cargo de Fiorella Yasmin Aquino Cahuana y Jhoselynn Yeimy Rodríguez Silva, Bachilleres de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín UNSA.

Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una pequeña encuesta sobre algunos datos acerca de usted y su pareja, además de dos cuestionarios.

Toda la información que obtengamos de usted en esta investigación será anónima, por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes. Le informamos también que la prueba que se le aplicará no resultará perjudicial para usted. Usted tiene el derecho a negarse a participar o puede retirarse de esta evaluación en cualquier momento que lo considere conveniente

En función a lo leído:

¿Desea participar en la investigación?

SI__ NO__

FIRMA

FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL
MINSA

Edad _____

Lea al paciente:		
<p>Debido a que la Violencia Familiar es dañina para Salud de las personas, en todos los programas estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:</p>		
Pregunte:		
A la joven o el joven: Si es padre o madre de familia:	<p>¿Alguna vez su pareja le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?</p> <p>¿Su hijo es muy desobediente?</p> <p>¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?</p>	SI _____ NO _____ ¿Desde cuándo? _____ SI _____ NO _____ SI _____ NO _____
<p>¿Cuánto tiempo de duración tuvo la relación en la que sufriste violencia?</p>		
Marque con una (X), todos los indicadores de maltrato que observe:		
FÍSICO Hematomas, contusiones _____ Cicatrices, quemaduras _____ Fracturas inexplicables, marca de mordeduras _____ Lesiones de vulva, perineo, recto, otros _____ Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc. _____ Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño _____ Problemas con apetito _____	Demandas excesivas de atención _____ Mucha agresividad o pasividad _____ Tartamudeo _____ Temor a los padres o de llegar al hogar _____ Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad _____ Ausentismo escolar _____ Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde _____ Bajo rendimiento académico _____ Aislamiento de personas _____ Intento de suicidio _____ Uso de alcohol, drogas y analgésicos _____	SEXUALES Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños) _____ Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital _____ Embarazo precoz _____ Abortos o amenaza _____ Enfermedades de transmisión sexual _____
PSICOLÓGICO Extrema falta de confianza en sí mismo _____ Tristeza, depresión o Angustia _____ Retraimiento _____ Llanto frecuente _____ Exagerada necesidad de ganar o sobresalir _____		NEGLIGENCIA Falta de peso o pobre patrón de crecimiento _____ No vacunas o atención de salud _____ Accidentes o enfermedades muy frecuentes _____ Descuido en higiene y aliño _____ Falta de estimulación en el desarrollo _____ Fatiga, sueño, hambre _____

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS
IPA

(Ruiz y Lujan, 1991)

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0	1	2	3
Nunca pienso eso	Algunas veces lo Pienso	Bastantes veces lo pienso	Con mucha frecuencia lo pienso

1	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	3
2	Solamente me pasan cosas malas	0	1	2	3
3	Todo lo que hago me sale mal	0	1	2	3
4	Sé que piensan mal de mí	0	1	2	3
5	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6	Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	2	3
7	Si otros cambiaron su actitud yo me sentiría mejor	0	1	2	3
8	No hay derecho a que me traten así	0	1	2	3
9	Si me siento triste es porque soy un(a) enfermo(a) mental	0	1	2	3
10	Mis problemas dependen de los que me rodean	0	1	2	3
11	Soy un desastre como persona	0	1	2	3
12	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	2	3
13	Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	1	2	3
14	Sé que tengo la razón y no me entienden	0	1	2	3
15	Aunque ahora sufro, sé que algún día tendrá mi recompensa	0	1	2	3
16	Es horrible que me pase esto	0	1	2	3
17	Mi vida es un continuo fracas	0	1	2	3
18	Siempre tendrá este problema	0	1	2	3
19	Sé que me están mintiendo y engañando	0	1	2	3
20	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21	Soy superior a la gente en casi todo	0	1	2	3
22	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2	3
23	Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0	1	2	3
24	Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0	1	2	3
25	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	2	3

26	Alguien que conozco es un imbécil	0	1	2	3
27	Otros tienen la culpa de me pasa	0	1	2	3
28	No debería cometer errores	0	1	2	3
29	No quieren reconocer que, estoy en lo cierto	0	1	2	3
30	Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2	3
31	Es insoportable, no puedo aguantar más	0	1	2	3
32	Soy incompetente e inútil	0	1	2	3
33	Nunca podré salir de esta situación	0	1	2	3
34	Quieren hacerme daño	0	1	2	3
35	¿Y si le pasa algo malo a la persona que quiero?	0	1	2	3
36	La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	3
37	Soy una víctima de mis circunstancias	0	1	2	3
38	No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	2	3
39	Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0	1	2	3
40	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2	3
41	Soy un(a) neurótico(a)	0	1	2	3
42	Lo que me pasa es un castigo que me merezco	0	1	2	3
43	Debería recibir más atención y cariño de otros	0	1	2	3
44	Tengo razón y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2	3
45	Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2	3

CUESTIONARIO DE DEPENDENCIA EMOCIONAL

CDE
(Lemos y Londoño, 2006)

Edad: _____

Tengo pareja actualmente: _____ Tiempo que llevo con mi pareja: _____ Tiempo que he terminado:

Instrucciones: Enumeradas aquí, usted encontrará unas afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma con respecto a sus relaciones de pareja. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

Elija el puntaje más alto de 1 a 6 que mejor lo(a) describa según la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6
Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente
1. Me siento desamparado cuando estoy solo					1 2 3 4 5 6
2. Me preocupa la idea de ser abandonado por mi pareja					1 2 3 4 5 6
3. Para atraer a mi pareja busco deslumbrarla o divertirla					1 2 3 4 5 6
4. Hago todo lo posible por ser el centro de atención en la vida de mi pareja					1 2 3 4 5 6
5. Necesito constantemente expresiones de afecto de mi pareja					1 2 3 4 5 6
6. Si mi pareja no llama o no aparece a la hora acordada me angustia pensar que está enojada conmigo					1 2 3 4 5 6
7. Cuando mi pareja debe ausentarse por algunos días me siento angustiado					1 2 3 4 5 6
8. Cuando discuto con mi pareja me preocupa que deje de quererme					1 2 3 4 5 6
9. He amenazado con hacerme daño para que mi pareja no me deje					1 2 3 4 5 6
10. Soy alguien necesitado y débil					1 2 3 4 5 6
11. Necesito demasiado que mi pareja sea expresiva conmigo					1 2 3 4 5 6
12. Necesito tener a una persona para quien yo sea más especial que los demás					1 2 3 4 5 6
13. Cuando tengo una discusión con mi pareja me siento vacío					1 2 3 4 5 6
14. Me siento muy mal si mi pareja no me expresa constantemente el afecto					1 2 3 4 5 6
15. Siento temor a que mi pareja me abandone					1 2 3 4 5 6
16. Si mi pareja me propone un programa dejo todas las actividades que tenga para estar con ella					1 2 3 4 5 6
17. Si desconozco donde está mi pareja me siento intranquilo					1 2 3 4 5 6
18. Siento una fuerte sensación de vacío cuando estoy solo					1 2 3 4 5 6
19. No tolero la soledad					1 2 3 4 5 6
20. Soy capaz de hacer cosas temerarias, hasta arriesgar mi vida, por conservar el amor del otro					1 2 3 4 5 6
21. Si tengo planes y mi pareja aparece los cambio sólo por estar con ella					1 2 3 4 5 6
22. Me alejo demasiado de mis amigos cuando tengo una relación de pareja					1 2 3 4 5 6
23. Me divierto solo cuando estoy con mi pareja					1 2 3 4 5 6

CASO 1

**Presentado por la Bachiller Fiorella
Yasmin Aquino Cahuana**

ANAMNESIS

EXAMEN MENTAL

INFORME PSICOMÉTRICO

INFORME PSICOLÓGICO

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos : M.V.
- Fecha de Nacimiento : 12 de junio del 1982
- Edad : 36 años
- Lugar de Nacimiento : Arequipa
- Grado de Instrucción : Superior en Administración
- Estado Civil : Casado
- Residencia : Arequipa
- Religión : Católica
- Informante : Paciente
- Lugar de Evaluación : Hospitalización Psiquiátrica
- Fecha de Entrevista : 18 de setiembre del 2018
- Examinador (a) : Fiorella Yasmin Aquino Cahuana

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente refiere vivir situaciones estresantes con las que no puede lidiar. Estas situaciones lo llevan a sufrir de “desesperación”, manifestada en una necesidad de consumo de sustancias que no puede controlar y que lo han mantenido por tiempos prolongados fuera de casa, específicamente una semana en la que ha puesto de manifiesto estas conductas, las que a su vez lo han llevado a tener problemas de salud, llegando a presentar una parálisis temporal total del cuerpo. Esta situación se viene agravando en los últimos meses lo que lo ha llevado a tener problemas personales y en su entorno; entiéndase trabajo, familia y círculo social.

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL:

Tiempo: 1 año aproximadamente.

Forma de Inicio: Progresiva.

El paciente refiere primera hospitalización en el servicio de psiquiatría. Hace 1 año aproximadamente presentó "conductas excesivas de consumo", por situaciones estresantes, problemas en el trabajo y con su pareja. Según manifestó esta situación se presentó ya que el ambiente del hogar se tornaba difícil e "insopportable" teniendo constantes peleas con su pareja por problemas económicos, además de su conducta que involucraba épocas de consumo, mientras que en su centro de trabajo era partícipe de un mal clima laboral, llegando a tener constante riñas con una compañera, con quien se disputaba un cargo, lo que lo mantenía constantemente "estresado" ya que debía cumplir muchas responsabilidades. Según refiere el detonante de esta situación fue una pelea en su hogar y que en el trabajo no le asignaran el puesto al que estaba postulando. Por lo que ese día al enterarse de dicha decisión refiere haber experimentado una sensación de angustia con la que no pudo lidiar sintiendo una gran necesidad de consumir sustancias, por lo que llega a escapar de casa para drogarse casi todos los días en una semana; por dicho motivo al ser hallado por sus padres es internado en el Centro de Asistencia Mental Moisés Heresi por un periodo de un mes y medio. Después de ese tiempo de internamiento al ser dado de alta fue medicado (el paciente no especifica que medicamentos le fueron recetados) pero no consumió dichos medicamentos; así mismo refiere que no recibió ningún tipo de asistencia psicológica durante y después de su alta.

Al retomar nuevamente su estadía en casa asegura haber estado con ánimo depresivo, experimentando sentimientos de frustración y poca valía, además se aisló totalmente

por esta situación fingió ante sus amigos y familiares a excepción de sus padres, un viaje a Moquegua; sin embargo, asegura no haber salido de su cuarto.

Durante ese periodo según refiere tenía poco apetito, sueño excesivo, aburrimiento, tristeza y preocupación por su familia además de angustia y sentimientos de cólera hacia sí mismo. Empezó a trabajar a inicios de este año sin embargo recayó hace aproximadamente dos meses llegando a tener un largo periodo de consumo, el más prolongado, mismo que asegura tuvo como consecuencia una especie de "parálisis temporal total del cuerpo en el que sólo movía los ojos", periodo que duró dos meses logrando recuperarse.

En este último periodo menciona haber tenido un impulso muy fuerte por consumir, acompañado de ansiedad, llanto, taquicardia y un estado general de agitación. Sus pensamientos giraban en torno a las sustancias que deseaba, perdiendo noción del tiempo y encontrándose "absolutamente desorientado". Por este motivo es traído por emergencia por sus familiares ya que su conducta está alterando su rendimiento y sus relaciones interpersonales en los diversos aspectos en los que se desenvuelve.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES: PERÍODO DEL DESARROLLO:

- **Etapa Pre-natal:**

Según refiere la gestación fue normal sin la presencia de complicaciones de ningún tipo.

- **Etapa Natal:**

Nació vía parto natural, sin ningún tipo de complicación.

- **Etapa Post-Natal:**

Manifiesta que presentó un desarrollo normal sin ningún problema llegando a adquirir el lenguaje y las capacidades motrices a las edades esperadas. En cuanto a su desenvolvimiento social, refiere que siempre fue muy "movido y sociable", tenía

facilidad para entablar conversación y lazos afectivos con los demás, siendo “amiguero” y participando en muchas actividades en el colegio o en cualquier evento que se presentase.

▪ **Etapa Escolar:**

Según refiere el paciente en primaria obtuvo un rendimiento escolar promedio sin presentar dificultades para el aprendizaje, aunque era distraído e inquieto ya que le costaba constantemente mantenerse en su asiento prestando atención, manifiesta haber aprendido con facilidad ya que le “era sencillo aprender”. En cuanto a sus interacciones sociales el paciente manifiesta haber tenido buenas relaciones amicales en esta etapa, teniendo facilidad para entablar relaciones interpersonales con sus pares y demás.

En cuanto a la educación secundaria el paciente refiere haber tenido un rendimiento regular; en ocasiones con notas bajas sin llegar a desaprobar algún curso. En cuanto a sus interacciones; se volvió más constante hacer nuevos amigos, con los que en el colegio en ocasiones presentaba grescas. Aunque indica no haber tenido quejas en el colegio manifiesta que fue partícipe de peleas durante su instrucción secundaria, mismas que se daban en defensa de sí mismo, ya que era testigo de episodios de Bullying que algunos compañeros infringían sobre otros. Además, este tipo de conducta manifiesta le permitía que los demás alumnos le tuvieran "respeto". Por otro lado, es a finales de esta etapa donde el paciente empieza su ingesta de alcohol y de drogas, marihuana específicamente, consumo que según refiere era esporádico.

Al salir del colegio ingresó a la Universidad a los 18 años a la carrera de Publicidad llevando dichos estudios por el periodo de tres años, después de los que decide retirarse ya que la carrera no era de su agrado. Decide entonces empezar sus estudios en otra carrera, logrando ingresar a Derecho; estudios que sostuvo por el periodo de

un año y medio, esta etapa según manifiesta se caracterizó por la búsqueda y establecimiento de su vida social, teniendo frecuentes salidas en grupos en los que solía beber y en ocasiones drogarse; dejando de lado sus actividades académicas; por dicho motivo decide abandonar la carrera. Ante esta situación un año después y por insistencia de su familia decide postular a la carrera de Administración en la que manifiesta le fue bien ya que tenía un rendimiento promedio, aunque en ocasiones solía faltar a algunas clases ya que seguía teniendo una vida social muy activa siendo imposible concebirse sin salir. En esta etapa refiere, seguía teniendo un elevado nivel de consumo de alcohol y otras drogas además de entablar relaciones esporádicas con muchas mujeres.

Es así que cursando el octavo semestre se entera que será padre por lo que tiene que distribuir su tiempo entre la universidad y un trabajo para poder solventar los gastos de esa nueva etapa. Manifiesta que esta situación fue difícil para él ya que obstruyó su desenvolvimiento en la Universidad y limitó su vida social sin embargo dice haber sido consciente de que era parte de su responsabilidad, la que asumió y no le impidió terminar su carrera.

- **Desarrollo y función sexual:**

Paciente refiere haber tenido 4 relaciones duraderas y formales. Sin embargo, también manifiesta hacer entablado otros tipos de relaciones esporádicas y ocasionales con mucha frecuencia. En cuanto a su cuidado y vida sexual refiere haber mantenido relaciones sexuales asumiendo una conducta responsable.

- **Historia de la recreación y de la vida:**

Según refiere el paciente desde que era pequeño presenta atracción a las actividades sociales de cualquier tipo a las que actualmente califica como una constante en su vida que se dan repentinamente sin ninguna buscada de su parte. Las que a su vez

disfruta ya que es el centro de atención y esto le da reconocimiento entre sus conocidos, amigos y demás.

- **Actividad Laboral:**

Durante toda su vida el paciente manifiesta, haber accedido a diversos puestos de trabajo ya que labora desde los 22 años; inició trabajando en servicios de mensajería debido a la necesidad ya que su pareja estaba embarazada, sin embargo este puesto le duró aproximadamente dos años ya que el sueldo de dicho trabajo no le alcanzaba para los gastos del niño, accediendo por dicha situación a un puesto de dirección de almacén, y vendedor en los que manifiesta no recordar con exactitud cuánto tiempo duro pero fue un tiempo prolongado, aclara, más de un dos años.

Actualmente se desenvuelve como consultor en el laboratorio de una óptica. Sin embargo, el paciente recalca que esos han sido sus trabajos formales puesto que en ocasiones se dedicó a trabajos informales como el de laborar haciendo taxi entre otros; ya que según refiere el trabajo siempre ha sido un factor importante en su vida.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES:

- **Enfermedades:** No refiere antecedentes de enfermedad.
- **Personalidad pre mórbida:**

El paciente desde niño mostró ser muy sociable e inquieto, hasta cierto grado confrontacional, era muy demandante de atención y se mostraba frecuentemente en actividades en las que buscaba la pertenencia a un grupo y el reconocimiento constante. Desde muy joven presentó conductas agresivas y baja tolerancia a la frustración, así como conductas de resistencia y cierto grado de oposición a las reglas. Además, existe un constante abandono de actividades, que quedan inconclusas, en ocasiones por la adopción de conductas de riesgo. A su vez existe en él, cierto grado de influenciabilidad e impulsividad manifiestas.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- **Composición Familiar:**

El paciente vivió de pequeño en casa de sus abuelos con su madre, su padrastro, dos hermanos, tíos y primos. En cuanto a los padres manifiesta que la relación con el padre era mínima, ya que no vivía con él, manteniendo un régimen de visitas inconstante, sin embargo, aunque la relación era escasa manifiesta haber mantenido contacto con la figura paterna. Posteriormente ya durante su juventud, tuvo un periodo de convivencia y matrimonio con dos ex parejas, Con la primera manifiesta haberse casado y haber convivido por el lapso de dos años, producto de dicho matrimonio tiene un hijo. Después de este periodo se divorció por constantes escenas de celos de la esposa, quien asegura cambio después del parto del bebe. Tres años después vuelve a casarse, conviviendo por el periodo de tres años con su nueva esposa quien asegura haber terminado el matrimonio debido a que era celosa y descubrió una infidelidad de su parte, además de “no soportar sus periodos de drogadicto”, ya que esta pareja si sabía que esta dependencia se había agudizado durante esos años en los manifiesta haber empezado a consumir otro tipo de sustancias (cocaína específicamente) de manera muy esporádica; resultado de esta relación también tiene un hijo. Actualmente vive en casa de sus padres con su hijo mayor con quien manifiesta buena relación, mientras que el menor vive con su madre y pasa con él los fines de semana.

- **Dinámica Familiar:**

En su infancia asegura haber mantenido buena relación y ambiente familiar ya que tenía contacto con sus primos y hermanos. Según refiere su madre era una imagen distante ya que trabajaba, pero no repercutía en él ya que sus abuelos siempre lo apoyaban. En cuanto al padre ya se había acostumbrado a tener su imagen

prácticamente ausente. En su juventud a los 22 años se muda a vivir con su esposa teniendo periodos de buena convivencia, sin embargo, dicha relación se tornó en problemas diarios ya que sentía la exigencia de ella, a lo que aunó problemas de infidelidad de su parte. Posteriormente se casa de nuevo manteniendo un buen periodo de convivencia con la nueva pareja sin embargo después de tres años de matrimonio, la relación se torna problemática sintiéndose agobiado por las presiones familiares. Actualmente asegura tener un buen ambiente familiar y buenas relaciones con sus padres. En cuanto a sus ex esposas mantiene una relación con ellas sólo en pro de sus hijos, con quienes se lleva bien.

▪ **Condición Socioeconómica:**

Actualmente el paciente vive en casa de sus padres, trabaja como consultor por lo que percibe ingresos económicos, teniendo la posibilidad de llevar una adecuada calidad de vida.

VII. RESUMEN:

Paciente no precisa datos de su desarrollo prenatal y natal. Manifiesta que su periodo de gestación y nacimiento además del desarrollo de la motricidad y el lenguaje se dió de manera normal y en el tiempo esperado. Durante la niñez vivió con sus abuelos y su madre quien estaba casi siempre ausente por motivos de trabajo, en cuanto al padre este era ausente, sin embargo, refiere tenían buena relación. En el colegio tenía un buen rendimiento escolar, aunque era inquieto y se distraía con facilidad presentaba calificaciones promedias. En el ámbito social presentaba una tendencia a tener buenas relaciones amicales. Durante la adolescencia a los 16 años inició su consumo de alcohol y de drogas específicamente de marihuana con amigos del barrio. A los 18 años al salir del colegio ingresa a estudiar publicidad durante el período de 3 años dejando la carrera. Después de esto inicia sus estudios en derecho por el período de

un año y medio en el que su principal actividad era la asistencia a eventos sociales donde aumenta su consumo de alcohol y de drogas. Después de retirarse de esta carrera el paciente estudió administración; logrando concluir la carrera a pesar de enfrentar el embarazo de su pareja. Sin embargo, 2 años después manifiesta haber tenido un ambiente familiar estresante, por lo que separa. Teniendo nueva pareja de quien se separa a los tres años, periodo que coincide con su inicio en el consumo de cocaína de manera muy esporádica. Los problemas de adicción manifiesta se agudizan hace aproximadamente 1 año en el que tiene un período largo de consumo, por una situación estresante en cuanto a su relación sentimental y en su centro laboral. Por esto es internado en el Centro de Asistencia Moisés Heresi llegando a tener tratamiento médico (no indica que medicamentos). Hace aproximadamente 2 semanas presenta un consumo nuevamente por el período de 5 días consecutivos cuyo resultado mermaron su salud presentando una parálisis total del cuerpo a excepción de los ojos motivo por el cual es traído por emergencia por sus familiares quienes aseguran que el problema se ha venido agravando.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- **Nombres y Apellidos** : M.V.
- **Fecha de Nacimiento** : 12 de junio del 1982
- **Edad** : 36 años
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Grado de Instrucción** : Superior en Administración
- **Estado Civil** : Casado
- **Residencia** : Arequipa
- **Religión** : Católica
- **Informante** : Paciente
- **Lugar de Evaluación** : Hospitalización de Psiquiatría
- **Fecha de Evaluación** : 20 de setiembre del 2018
- **Examinador (a)** : Fiorella Yasmin Aquino Cahuana

II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD:

Paciente aparenta la edad cronológica referida, de postura erguida y marcha acelerada; es de tez trigueña y talla promedio, mide aproximadamente 1.70 de estatura; de contextura gruesa, cabello lacio y de tamaño pequeño y ojos oscuros. En cuanto a su vestimenta es ordenado y demuestra adecuado aseo y arreglo personal. Su expresión facial denota desgano, el tono de voz es adecuado y por momentos acelerado. Se muestra colaborador durante la entrevista.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN:

- **Atención:** El paciente muestra distraibilidad ya que estímulos irrelevantes dispersan el foco atencional logrando que no logre atención sostenida respecto a las tareas que está realizando.

- **Conciencia o estado de alerta:** No presenta alteración en cuanto a conciencia, se muestra en estado alerta y lúcido durante todo el proceso entrevista, respondiendo preguntas y ejecutando indicaciones.
- **Orientación:** El paciente se encuentra ubicado en tiempo, lugar, espacio y persona. Ya que recuerda la fecha (día, mes y año); además evoca datos personales y de historia de vida. Por otro lado, identifica el nombre del país, la capital, el departamento y el lugar en que se encuentra, manteniendo facilidad para reconocer tanto al entrevistador como a sus compañeros.

IV. LENGUAJE:

Presenta cierta aceleración en la expresión del lenguaje con un volumen elevado. Sin embargo, logra mostrar una producción verbal adecuada, un orden lógico y coherencia discursiva en sus respuestas. En cuanto a su lenguaje comprensivo logra captar indicaciones ya que sus respuestas están dirigidas hacia las preguntas que se le realizan guardando relación con temas de conversación.

V. PENSAMIENTO:

Por el curso del pensamiento en ocasiones presenta pensamiento circunstancial, ya que frente a determinadas preguntas da información que se relaciona poco a lo que se le solicita. En relación al contenido, no evidencia alteración ya que logra mantener manifestaciones con estructura adecuada con coherencia lógica y continuidad al expresarse.

VI. PERCEPCIÓN:

No presenta alteración en relación al ambiente ni consigo mismo. Reconoce y discrimina diferentes estímulos táctiles, visuales, auditivos y de sensibilidad somática. Sin presencia de alucinaciones.

VII. MEMORIA:

La memoria a corto y largo plazo se encuentra conservada, ya que logra recordar datos personales y hechos importantes de su vida por lo que no presenta dificultad al narrar cronológicamente su biografía.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL CONOCIMIENTOS GENERALES:

Muestra un adecuado nivel de conocimientos respecto a información sobre diversos tópicos. Teniendo la habilidad para formar frases coherentes, entender refranes, así como realizar cálculos sencillos como sumar y restar. Evidenciando habilidad para razonar sin apoyo verbal y resolver problemas de orden lógico, así como para manejar palabras e información. Mostrando de esta manera un buen desempeño de sus funciones intelectuales, es decir adecuado nivel de razonamiento y juicio crítico.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS:

Manifiesta labilidad emocional, denotando un estado de ánimo triste y desanimado. A su vez presenta síntomas de estrés, baja tolerancia a la frustración acompañado de un pobre control de impulsos, angustia y sentimientos de culpa y cólera hacia sí mismo. Además, se muestra ansioso y preocupado por su situación actual, preguntando constantemente por su familia específicamente sus hijos. Presenta reacción afectiva vivencial mostrando concordancia entre lo que comenta y su expresión facial.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD:

Existe conocimiento del problema que lo aqueja sin embargo no presenta conciencia de enfermedad.

XI. RESUMEN:

El paciente aparece edad referida, se presenta ordenado y muestra adecuado aseo y arreglo personal. Su expresión facial denota cierta preocupación y desgano. Aunque

se muestra comunicativo y colaborador durante el proceso. En cuanto sus funciones psíquicas superiores el paciente se encuentra orientado en tiempo, espacio, lugar y persona; lúcido durante toda la entrevista. En cuanto a su atención manifiesta distraibilidad ya que estímulos irrelevantes dispersan el foco atencional ocasionando que no logre atención sostenida respecto a las tareas que ejecuta y que requieren concentración. Además, presenta cierta aceleración en la expresión del lenguaje con un volumen elevado. Sin embargo, logra mostrar una producción verbal adecuada, un orden lógico y coherencia discursiva en sus respuestas. En cuanto a su lenguaje comprensivo logra captar indicaciones ya que sus respuestas están dirigidas hacia las preguntas que se le realizan guardando relación con temas de conversación.

En cuanto a la percepción y pensamiento el paciente mantiene adecuada percepción sobre sí mismo y sobre los demás, sin presencia de alucinaciones; logrando mantener una adecuada ilación de ideas y un orden lógico y coherente de sus pensamientos expresando manifestaciones con estructura, coherencia y continuidad al expresarse.

Referido a la memoria, ésta se encuentra conservada presentando a su vez un adecuado funcionamiento intelectual. Respecto al estado de ánimo manifiesta cierta labilidad emocional, además de sentirse deprimido, triste y preocupado respecto a su situación, a pesar de esto el paciente no tiene conciencia de enfermedad.

Arequipa, 21 de setiembre del 2018

Fiorella Yasmin Aquino Cahuana

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- **Nombres y Apellidos** : M.V.
- **Fecha de Nacimiento** : 12 de junio del 1982
- **Edad** : 36 años
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Grado de Instrucción** : Superior en Administración
- **Estado Civil** : Casado
- **Residencia** : Arequipa
- **Religión** : Católica
- **Informante** : Paciente
- **Lugar de Evaluación** : Hospitalización de Psiquiatría
- **Fecha de Evaluación** : 20 de setiembre del 2018
- **Fechas de Evaluación** : 21 de setiembre del 2018
- **Examinador (a)** : Fiorella Yasmin Aquino Cahuana

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN:

Evaluación de la personalidad, funciones cognitivas y funciones ejecutivas.

III. OBSERVACIONES GENERALES:

Paciente muestra predisposición frente a la evaluación siguiendo adecuadamente las indicaciones necesarias para la misma. Muestra interés, pregunta ante dudas y ejecuta las indicaciones, mostrándose colaborador y con buena actitud hacia la evaluación y hacia la evaluadora.

IV. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

A. Pruebas psicométricas:

- Test Montreal Cognitivo Assessment (MOCA).

- Test para adultos TDAH.
- Test de colores y palabras de Charles J. Golden STROOP.
- Test de Retención Visual de Benton.
- Inventario Multifasico de la Personalidad (MMPI) versión abreviada (MINIMULT).

B. Pruebas Proyectivas:

- Test de la figura humana de Karen Machover.

V. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

1. Test Montreal Cognitivo Assessment (MOCA)

a. Análisis Cuantitativo:

<i>Sub test</i>	<i>Puntaje Obtenido</i>	<i>Puntaje Esperado</i>
<i>Visoespacial/ejecutiva</i>	5	5
<i>Identificación</i>	3	3
<i>Recuerdo diferido</i>	4	5
<i>Atención</i>	5	6
<i>Lenguaje</i>	3	3
<i>Abstracción</i>	2	2
<i>Orientación</i>	6	6
<i>Total MOCA</i>	28	30

b. Análisis Cualitativo:

El paciente obtuvo un puntaje de 28 puntos, sin presencia de deterioro cognitivo.

Manifestando buen desempeño viso-espacial y buena ejecución en actividades que requieren focalizar la atención por breves periodos de tiempo logrando la concentración necesaria para la ejecución de tareas. Por otro lado, presenta ligera

dificultad en el área de Recuerdo diferido lo que indicaría un leve problema para el recuerdo de estímulo presentados y solicitados después de un tiempo prudente de tiempo.

2. Test para adultos TDAH:

Según la evaluación realizada existe la presencia de tdah en adultos ya que el paciente manifiesta conductas como dificultad para ser organizado, indecisión y falta de término en actividades iniciadas, toma de decisiones rápidas y sin análisis, cambio continuo de planes, aburrimiento y cierta creencia de no poder lograr sus metas. Además, muestra una tendencia a llevar las cosas a extremos, poca tolerancia a la frustración, impaciencia, impulsividad al decir las cosas sin pensar, resistencia a reglas y normas, alto grado de activación motriz y un alto índice de equivocaciones por descuido.

3. Test de colores y palabras de Charles J. Golden STROOP

a. Análisis Cuantitativo:

	Palabra	Color	Palabra -Color
PD	80	56	25
PT	36	34	30
CT	Normal	Bajo	Bajo

b. Análisis Cualitativo:

Según la evaluación de funciones ejecutivas, el paciente alcanzó una puntuación típica perteneciente a una categoría normal en lectura de palabras (36) y puntuaciones típicas dentro de la categoría bajo en la lectura de colores (34) y palabra-color (30) por lo que existiría una afectación significativa en sus funciones ejecutivas, pudiendo estar asociados a lesión cerebral en áreas pre

frontales con probable compromiso del hemisferio derecho. Además, presenta dificultades significativas en el control inhibitorio, flexibilidad cognitiva y atención selectiva; es decir, presenta escasa capacidad para regular conductas impulsivas, así como para adaptar el pensamiento y comportamiento a situaciones novedosas. Por otro lado, obtuvo un índice de interferencia que linda en el límite de la categoría normal- bajo (-8); lo que indicaría que existe compromiso respecto a la resistencia a la interferencia pudiendo presentarse dificultades en el proceso atencional.

4. Test de Retención Visual de Benton

a. Análisis Cuantitativo:

<i>Tipo de Error</i>	<i>Número de Errores</i>
<i>Distorsión</i>	2

b. Análisis Cualitativo:

No evidencia deterioro cognitivo de la retención viso-perceptiva, ubicándose en un nivel promedio; teniendo errores de distorsión; involucrando la direccionalidad espacial, y cierta dificultad de atención. Sin aparente compromiso orgánico.

5. Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) MINIMULT

a. Análisis Cuantitativo:

	<i>L</i>	<i>F</i>	<i>K</i>	<i>Hs</i>	<i>D</i>	<i>Hi</i>	<i>Dp</i>	<i>Pa</i>	<i>Pt</i>	<i>Sc</i>	<i>Ma</i>
<i>Puntaje Directo</i>	1	5	7	6	7	13	10	6	6	8	8
<i>Puntaje Equivalente</i>	4	14	16	14	26	30	26	15	16	24	22
<i>Añadir K</i>				8			6		16	16	3
<i>Puntaje Directo Corregido</i>	1	14	16		26	30		15	16	24	
<i>Puntaje T</i>	50	76	57	70	72	75	90	70	69	84	70

b. Análisis Cualitativo:

Según la evaluación realizada se obtuvo los siguientes resultados:

- 5 **Escala de Mentira, Validez y Corrección:** Presenta la tendencia a vivenciar de forma exagerada sus problemas, los que experimenta con una fuerte tensión interna y que a su vez se acompañan de la sensación de poder resolver la mayoría de ellos. Además, existiría una tendencia a ser bastante autocrítico por lo que busca ajustarse a lo que socialmente se espera de él.
- 6 **Hipocondría (Hs):** Existiría un leve interés acerca de las funciones del cuerpo y su salud física pudiendo en realidad controlar sus impulsos por medio de defensas de somatización
- 7 **Depresión (D):** Moderadamente deprimido, preocupado y pesimista.
- 8 **Histeria (Hi):** Sugiere inmadurez, egocentrismo sugestibilidad y exigencia. Se presenta como una persona con características histeroides y mecanismos de defensa represivos.
- 9 **Personalidad Psicopática (Dp):** Se muestra cómo una persona altamente rebelde e inconformista caprichoso y poco serio además de experimentar sentimientos superficiales. Carece de juicio social, así como de incapacidad de beneficiarse de las experiencias presentando en ocasiones conducta antisocial y un conflicto frente a figuras de autoridad. Es un individuo que se interesa en los demás solamente cuando los puede utilizar y explotar para sus propios intereses además de observarse una incapacidad para expresar enojo de manera racional. Conducta impulsiva y control interno limitado con cierto grado de inconformismo. Rebeldía e insatisfacción además de una incapacidad para anticipar consecuencias de su conducta. En cuanto a sus relaciones interpersonales esta se presenta como superficiales y sin verdadera

intimidad. Presenta problemas con la autoridad y tiene una tendencia a culpar a los demás por sus dificultades además presentaría tendencias a ciertas manifestaciones de instintos agresivos bajo la influencia de alcohol, promiscuidad sexual, dificultades o conflictos.

- 10 **Paranoia (Pa):** Receloso, raciona exageradamente a la opinión de los demás inclinándose a culpar a los otros por sus propias dificultades. Uno de sus rasgos principales se constituiría como la proyección de culpa y hostilidad; se trata de una persona rígida, sensible y obstinada, siendo difícil entenderse con él ya que malinterpreta y perciben inadecuadamente los estímulos sociales.
- 11 **Psicastenia (Pt):** Se caracteriza por el perfeccionismo, el orden, la autocrítica y preocupación por problemas insignificantes. En ocasiones se torna como una persona con ansiedad, indecisión y tensión.
- 12 **Esquizofrenia (Sc):** Probablemente un tanto excéntrico, habría una tendencia a evitar las presiones de la realidad. Se sugiere presencia de desórdenes del pensamiento, confusión y pensamientos extraños, creencias y actividades raras.
- 13 **Manía (Ma):** Probablemente enérgico y entusiasta con la presencia de agitación, marca a la irritabilidad y agresividad irracional ante la más mínima frustración. Se muestra como inquieto, impulsivo; estableciendo relaciones interpersonales caracterizadas por la superficialidad. Es entusiasta temporal y de empresas y propósitos efímeros.

6. Test de la Figura Humana de Karen Machover:

Paciente se proyecta como una persona insegura con rasgos de introversión y cierto grado de influenciabilidad, probable capacidad de aumentar los problemas propios y sentimientos de culpa. Posee un carácter impresionable y con poco criterio ya que

mezcla de manera permanente la euforia y el desaliento. Además, tendría características tales como habilidad y tendencia a la investigación o iniciativa generalmente reprimida por su impulsividad y explosividad difíciles de controlar, existiría también indicios de narcisismo, vanidad y apego hacia el exhibicionismo. Por otro lado, es idealista y existen deseos de alcanzar metas propuestas; cierto grado de perseverancia para alcanzarlas pero que lindan con lo inalcanzable experimentando sentimientos de frustración, conflictividad y confusión en sus ideas. Posee ambiciones de índole social o profesional convirtiéndolo en susceptible ya que posee cierta tendencia al idealismo la huida de la realidad y orgullo autoritario, terquedad y carácter apático. En cuanto a sus relaciones interpersonales existen deseos de sobresalir socialmente, así como cierta distracción y superficialidad respecto a sus relaciones con otros experimentando cierta agitación.

Arequipa, 23 de setiembre del 2018

Fiorella Yasmin Aquino Cahuana

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES:

- **Nombres y Apellidos** : M.V.
- **Fecha de Nacimiento** : 12 de junio del 1982
- **Edad** : 36 años
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Grado de Instrucción** : Superior en Administración
- **Estado Civil** : Casado
- **Residencia** : Arequipa
- **Religión** : Católica
- **Informante** : Paciente
- **Lugar de Evaluación** : Hospitalización de Psiquiatría
- **Fecha de Evaluación** : 18/09/18; 20/09/18; 21/09/18
- **Examinador (a)** : Fiorella Yasmin Aquino Cahuana

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente refiere vivir situaciones estresantes con las que no puede lidiar. Estas situaciones lo llevan a sufrir de “desesperación”, manifestada en una necesidad de consumo de sustancias que no puede controlar y que lo han mantenido por tiempos prolongados fuera de casa, específicamente una semana en la que ha puesto de manifiesto estas conductas, las que a su vez lo han llevado a tener problemas de salud, llegando a presentar una parálisis temporal total del cuerpo. Esta situación se viene agravando en los últimos meses lo que lo ha llevado a tener problemas personales y en su entorno; entiéndase trabajo, familia y círculo social.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- **Observación.**
- **Entrevista.**
- **Pruebas Psicológicas**
- **Pruebas Psicométricas**

Test Montreal Cognitivo Assessment (MOCA)

Test para adultos TDAH

Test de colores y palabras de Charles J. Golden STROOP

Test de Retención Visual de Benton

Inventario Multifasico de la Personalidad (MMPI) versión abreviada
MINIMULT

- **Pruebas Proyectivas:**

Test de la figura humana de Karen Machover

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

Paciente no precisa datos de su desarrollo prenatal y natal. Manifiesta que su periodo de gestación y nacimiento además del desarrollo de la motricidad y el lenguaje se dió de manera normal y en el tiempo esperado. Durante la niñez vivió con sus abuelos y su madre quien estaba casi siempre ausente por motivos de trabajo, en cuanto al padre este era ausente, sin embargo, refiere tenían buena relación. En el colegio tenía un buen rendimiento escolar, aunque era inquieto y se distraía con facilidad presentaba calificaciones promedias. En el ámbito social presentaba una tendencia a tener buenas relaciones amicales. Durante la adolescencia a los 16 años inició su consumo de alcohol y de drogas específicamente de marihuana con amigos del barrio. A los 18 años al salir del colegio ingresa a estudiar publicidad durante el período de 3 años dejando la carrera. Despues de esto inicia sus estudios en derecho por el periodo de

un año en el que su principal actividad era la asistencia a eventos sociales donde aumenta su consumo de alcohol y de drogas. Después de retirarse de esta carrera el paciente estudió administración; logrando concluirla a pesar de enfrentar el embarazo de su pareja. Sin embargo, 2 años después manifiesta haber tenido un ambiente familiar estresante, por lo que separa. Teniendo nueva pareja de quien se separa a los tres años, periodo que coincide con su inicio en el consumo de cocaína de manera muy esporádica. Los problemas de adicción manifiesta se agudizan hace aproximadamente 1 año en el que tiene un período largo de consumo, por una situación estresante en cuanto a su relación sentimental y en su centro laboral. Por esto es internado en el Centro de Asistencia Moisés Heresi llegando a tener tratamiento médico (no indica que medicamentos). Hace aproximadamente 2 semanas presenta un consumo nuevamente por el período de 5 días consecutivos cuyo resultado mermaron su salud presentando una parálisis del cuerpo a excepción de los ojos motivo por el cual es traído por emergencia por sus familiares quienes aseguran que el problema se ha venido agravando.

V. OBSERVACIONES GENERALES DE CONDUCTA:

El paciente aparenta edad referida, se presenta ordenado y muestra adecuado aseo y arreglo personal. Su expresión facial denota cierta preocupación y desgano. Aunque se muestra comunicativo y colaborador durante el proceso. En cuanto sus funciones psíquicas superiores el paciente se encuentra orientado en tiempo, espacio, lugar y persona; lúcido durante toda la entrevista. En cuanto a su atención manifiesta distraibilidad ya que estímulos irrelevantes dispersan el foco atencional ocasionando que no logre atención sostenida respecto a las tareas que ejecuta y que requieren concentración. Además, presenta cierta aceleración en la expresión del lenguaje con un volumen elevado. Sin embargo, logra mostrar una producción verbal adecuada,

un orden lógico y coherencia discursiva en sus respuestas. En cuanto a su lenguaje comprensivo logra captar indicaciones ya que sus respuestas están dirigidas hacia las preguntas que se le realizan guardando relación con temas de conversación.

En cuanto a la percepción y pensamiento el paciente mantiene adecuada percepción sobre sí mismo y sobre los demás, sin presencia de alucinaciones; logrando mantener una adecuada ilación de ideas y un orden lógico y coherente de sus pensamientos manteniendo manifestaciones con estructura, coherencia y continuidad al expresarse.

Referido a la memoria, ésta se encuentra conservada presentando a su vez un adecuado funcionamiento intelectual. Respecto al estado de ánimo manifiesta cierta labilidad emocional, además de sentirse deprimido, triste y preocupado respecto a su situación, a pesar de esto el paciente no tiene conciencia de enfermedad.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A nivel cognitivo, el paciente muestra un adecuado desenvolvimiento de sus funciones cognitivas. Respecto a su personalidad, se muestra como un sujeto inseguro e inconforme consigo mismo; presentando una tendencia a ir contra la autoridad y las reglas, además de ser receloso y reaccionar exageradamente a la opinión de los otros, inclinándose a culparlos por sus propias dificultades. Posee un carácter impresionable y con poco criterio ya que mezcla de manera permanente la euforia y el desaliento experimentando sentimientos de frustración, conflictividad y confusión en sus ideas, esto aunado a periodos de impulsividad y explosividad difíciles de controlar, además de indicios de narcisismo, vanidad y apego hacia el exhibicionismo. Uno de sus rasgos principales se constituiría como la proyección de culpa y hostilidad; es perfeccionista, orgulloso y autoritario además de tratarse de una persona rígida, sensible y obstinada, siendo difícil entenderse con él ya que tiende a malinterpretar y percibir inadecuadamente los estímulos sociales;

mostrándose terco y hasta apático cuando no se cumplen sus deseos inmediatos. Además, es autocritico, perfeccionista, y presenta preocupación por problemas insignificantes. En ocasiones se torna como una persona con ansiedad, indecisión y tensión mostrándose como alguien excéntrico.

Por otro lado, respecto a las relaciones interpersonales es inmaduro ya que éstas parecen ser determinantes para él, mostrando una tendencia a maximizar la importancia hacia su entorno social, existiendo deseos de sobresalir socialmente, atendiendo estos deseos incluso más que sus propias necesidades, queriendo experimentar actividades pueriles, no aceptando responsabilidades en caso de error. Es poco decidido con baja posibilidad a negarse a ofrecimientos de pares demostrando su poca capacidad de decisión. Respecto al ámbito familiar cuenta con apoyo de sus padres y sus hijos quienes son su mayor motivación. Respecto a su relación de pareja constituye para él un agente estresor constante además de tener limitada comunicación y vínculo con dicha persona.

VII. DIAGNÓSTICO

El paciente presenta rasgos significativos que lo caracterizan como un individuo inseguro, autocritico, receloso, que infringe reglas y posee conductas de riesgo. Se muestra como perfeccionista, con bajo análisis social ya que sus relaciones interpersonales tienden a sobrepasarlo incluso más allá de sus deseos e ideas. Presenta una conducta pueril, no asume responsabilidades ya que no es consciente totalmente y le cuesta asumir los roles que actualmente cumple teniendo deseos de seguir experimentando cosas que hacía en su adolescencia. Adopta conductas de riesgo y exceso relacionado a su vida sexual y su adicción a sustancias y comportamientos extremos. Dichas características corresponden al Trastorno disocial de la personalidad según CIE10 (F60.2), y por la presencia de ansias y

conductas de consumo que presenta que lo han llevado a tener situaciones extremas de riesgo poniendo en peligro su salud además de su actual estado, podríamos ver la comorbilidad con Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína (F14.2).

VIII. PRONÓSTICO

Reservado, cuenta con el apoyo de su familia sin embargo el paciente no tiene conciencia de enfermedad.

IX. RECOMENDACIONES

Se recomienda seguir un plan de rehabilitación bajo un enfoque multidisciplinario para extinción y prevención de síntomas de consumo y recaídas.

Arequipa, 23 de setiembre del 2018

Fiorella Yasmin Aquino Cahuana

Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- **Nombres y Apellidos** : M.V.
- **Fecha de Nacimiento** : 12 de junio del 1982
- **Edad** : 36 años
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Grado de Instrucción** : Superior en Administración
- **Estado Civil** : Casado
- **Residencia** : Arequipa
- **Religión** : Católica
- **Informante** : Paciente
- **Lugar de Evaluación** : Hospitalización de Psiquiatría
- **Fecha de Evaluación** : 18/09/18; 20/09/18; 21/09/18
- **Examinador (a)** : Fiorella Yasmin Aquino Cahuana

II. DIAGNOSTICO:

El paciente presenta rasgos significativos que lo caracterizan como un individuo inseguro, autocritico, receloso, que infringe reglas y posee conductas de riesgo. Se muestra como perfeccionista, con bajo análisis social ya que sus relaciones interpersonales tienden a sobrepasarlos incluso más allá de sus deseos e ideas. Presenta una conducta pueril, no asume responsabilidades ya que no es consciente totalmente y le cuesta asumir los roles que actualmente cumple teniendo deseos de seguir experimentando cosas que hacía en su adolescencia. Adopta conductas de riesgo y exceso relacionado a su vida sexual y su adicción a sustancias y comportamientos extremos. Dichas características corresponden al Trastorno disocial de la personalidad según CIE10 (F60.2), y por la presencia de ansias y

conductas de consumo que presenta que lo han llevado a tener situaciones extremas de riesgo poniendo en peligro su salud además de su actual estado, podríamos ver la comorbilidad con Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína (F14.2).

III. OBJETIVO GENERAL:

Propiciar en el paciente un cambio de la actitud, es decir, de su forma de sentir y actuar ante las experiencias vitales y el cambio de hábitos, tanto los asociados al propio consumo como los relacionados con esferas más amplias de su vida. Que le permita el cambio de pensamiento distorsionados hacia sí mismo a su entorno a pensamientos reales que sean útiles en la resolución de sus problemas.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Implantar hábitos de autocuidado.
- Normalizar la convivencia/pareja.
- Utilización del Ocio/ tiempo libre
- Adquirir y desarrollar responsabilidades.
- Prevenir recaídas y mantener la Abstinencia.
- Dotar de habilidades de Competencia Social.
- Adquirir habilidades de resolución de problemas.
- Motivar para el seguimiento del tratamiento y los cambios de estilo de vida

V. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO:

El plan está orientado al autocuidado del paciente y la identificación de falsas ideas comórbidas a la baja tolerancia a la frustración que experimenta y que son en ocasiones el agente detonante de sus conductas de consumo por lo que uno de los contenidos está orientado precisamente al análisis de estas situaciones y la generación constante de ideas que sirva de aprendizaje para el bloqueo de dichos

síntomas. Además, está orientado al desarrollo de conciencia de enfermedad en busca que el paciente logre tener adherencia al tratamiento.

VI. TÉCNICA TERAPÉUTICA AUTILIZAR:

Se trabajará bajo el modelo cognitivo - conductual, haciendo uso de técnicas cognitivas que faciliten la identificación y modificación de cogniciones distorsionadas además se recurrirá también a técnicas conductuales que permiten mediar el cambio y muestren los progresos. Esto en búsqueda de que el paciente logre implementar conductas más adaptativas y que a la vez favorezcan la adherencia al tratamiento.

VII. ESTRUCTURA DE LAS SESIONES:

SESION N 1	OBJETIVO	DESCRIPCION	TIEMPO
Psicoeducación	Informar al paciente acerca de las características de su condición y los riesgos que esta implica.	<p>Se busca con el paciente establecer un buen rapport. La sesión consiste en buscar establecer las bases para que el paciente logre desarrollar conciencia de enfermedad. Esto a través del análisis que se realizará de la condición que tiene, las consecuencias, los riesgos, entre otros.</p> <p>Los principales temas serán:</p> <p>Aceptación del problema de la pérdida de control.</p> <p>Análisis de las consecuencias del consumo.</p> <p>Concienciación de los intentos anteriores infructuosos.</p> <p>Explicación de los mecanismos de autoengaño.</p>	40 min

SESION N 2	OBJETIVO	DESCRIPCION	TIEMPO
Registros Cognitivos	Identificar, analizar, y modificar pensamientos erróneos asociándolos a situaciones estresantes de su vida diaria.	<p>Se buscará identificar principales situaciones estresantes de paciente y relacionarlas a reacciones físicas. cognitivas y emocionales utilizando el análisis de cada uno de ellos a través de técnicas de racionalización en un formato elaborado previamente en el cual se registran los siguientes elementos:</p> <p>SITUACIÓN PENSAMIENTO EMOCION CONDUCTA.</p> <p>Intentando que el paciente identifique miedos, y situaciones no reales que le causan síntomas de ansiedad asociándolo a conductas inadecuadas para que identifique la relación de pensamientos erróneos y conductas negativas.</p> <p>Buscado que el análisis que el paciente hará se asocie a factores emocionales que intervienen, llevándolo finalmente a analizar consecuencias y plantear posibles soluciones.</p>	50 min

ANEXO**SESION 2**

Instrucción: Identifica situaciones que resulten altamente estresantes para ti, o que produzcan carga negativa. Una vez identificada la situación describe los pensamientos que surgen en ese momento estresante. Posteriormente piensa solo en que conducta terminas ejecutando producto de dicho momento. Finalmente identifica después de estos tres factores, que sentimientos experimentas.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	CONDUCTA	EMOCIÓN

SESION N 3	OBJETIVO	DESCRIPCION	TIEMPO
Mayéutica y Corrección de Distorsiones	Favorecer la orientación temporal, espacial, personal y Memoria autobiográfica	<p>Se realizarán una serie de preguntas dirigidas a identificar y corregir el contenido cognitivo disfuncional asociado a la Sintomatología. (<i>Haciendo uso del material trabajado la sesión anterior</i>).</p> <p>En esta sesión se hará uso también de la técnica de corrección de distorsiones buscando corregir pensamientos perceptuales o atribuciones erradas hacia sí mismo y hacia los otros. Esto contribuirá a la revivencia de experiencias que clasificaremos en tres niveles de estrés.</p> <p>NO ESTRESANTE</p> <p>ESTRESANTE</p> <p>ALTAMENTE ESTRESANTE</p> <p>Buscando la identificación de situaciones que a su vez contribuyan a la conducta adictiva</p>	60 min

ANEXO**SESION 3**

NO ESTRESANTE 		
ESTRESANTE 		
ALATAMENTE ESTRESANTE 		

SESION N 4	OBJETIVO	DESCRIPCION	TIEMPO
Ensayo cognitivo	Lograr que el paciente identifique los principales síntomas de su condición y genere alternativas de control.	<p>Se aplicará la técnica pidiéndole al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea.</p> <p><i>(Situación desesperante basada en las sesiones anteriores relacionadas al consumo)</i> ante la que generaremos síntomas de ansiedad y deseos de consumo mediante imágenes y videos presentadas en un ordenador. Finalizada esta exposición se utilizará la imaginería buscando que se traslade a una situación que simule un hecho real que lo involucre. Para esto una vez puestos de manifiestos el síntoma se procederá a utilizar técnicas de relajación que ayuden al control y sostenimiento de conductas anti consumo. Una vez concluida esta parte se procederá a hacer un análisis del proceso por parte del paciente mediante técnicas de racionalización.</p>	50 min

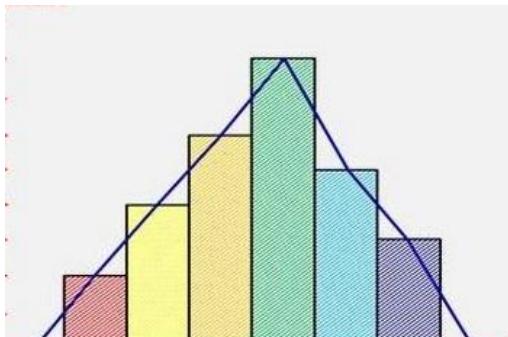
SESION N 5	OBJETIVO	DESCRIPCION	TIEMPO
Ensayo conductual	Lograr que el paciente identifique los principales síntomas de su condición y genere alternativas de control.	<p>Esta sesión estará basada enteramente en la sesión 3 por lo que se iniciará con un conversatorio respecto a lo que se trabajó en la sesión anterior, buscando que el paciente rememore esos momento, síntomas y aprendizajes. Para esto se hará uso de imágenes de drogas para generar síntomas reales para aplicar los contenidos trabajados mediante el ensayo cognitivo.</p> <p>Una vez logrado esto se pedirá al paciente que cierre los ojos, trabajándose unos minutos de relajación. Finalizada esta etapa se pedirá al paciente que abra los ojos encontrando una simulación de droga en el escritorio. Esto ayudara para poner en práctica el ensayo cognitivo haciéndolo enteramente conductual.</p> <p>A su vez frente a este nuevo estímulo se volverá a usar técnicas de relajación trabajadas con anterioridad además de juicios y posibles soluciones asociándolas a los reforzadores familiares del paciente (sus hijos) Esta técnica busca practicar conductas en la consulta que después se</p>	60 min

		ejecutadas en su vida diaria.	
--	--	-------------------------------	--

SESION N 6	OBJETIVO	DESCRIPCION	TIEMPO
Hoja de Resumen y de comparación de síntomas	Lograr que el paciente identifique síntomas principales comparándolo con la realidad buscando se inicie un logro de cambio.	<p>Se pide que el paciente recuerde la sesión anterior y elabore una lista de síntomas</p> <p>FÍSICOS</p> <p>COGNITIVOS</p> <p>EMOCIONALES</p> <p>que ocurrieron durante ambos ensayos durante. De esta manera comenzaremos a diferenciar los síntomas reales y elaboraremos el termómetro de intensidad de síntomas de consumo. Se realiza análisis de cada uno de los síntomas y se elabora una forma de sobrellevarlos.</p>	60 min

ANEXO

SESION 6

SESION N 7	OBJETIVO	DESCRIPCION	TIEMPO
Gráficos de vida y gráficos de control de síntomas	Generar un instrumento que le permita al paciente regular sus conductas de consumo.	<p>Se evalúa la sesión anterior, tratando de unirla con los contenidos de sesiones anteriores.</p> <p>Luego se procede a elaborar junto al terapeuta el diagrama del curso de la enfermedad identificando los puntos más leves hasta los más intensos de consumo asegurándose que ilustre la frecuencia, secuencia y duración de las situaciones de consumo.</p> <p>Posteriormente con las representaciones gráficas elaboradas, se elabora junto al paciente un formato de identificación y control de síntomas que será utilizado todos los días por el paciente donde se registrará las ansias de consumo.</p> <p>TIPO DE GRAFICO A TRABAJAR</p> 	45 min

SESION N 8	OBJETIVO	DESCRIPCION	TIEMPO
Habilidad- Placer (Dominio- Agrado)	Identificar junto al paciente actividades de agrado con las que se pretende sustituir las conductas adictivas.	<p>Se elabora nuevamente junto al paciente una escala de 1 a 5 nivel de agrado y dominio de actividades diarias, en la cual: habilidad o dominio se refiere al sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada y el agrado se refiere a los sentimientos de placer, diversión o alegría derivados de una actividad.</p> <p>Consiste en enseñar al paciente a identificar y definir el problema, enseñándole a generar soluciones potenciales e implementar la solución evaluando su afectividad.</p> <p>Consta de cuatro pasos: identificación y descripción del problema, buscar posibles soluciones o respuestas, elegir los pasos que se han de dar y evaluar los resultados obtenidos</p>	60 min

SESION N 9	OBJETIVO	DESCRIPCION	TIEMPO
Entrenamiento en Asetividad y Role Playing	Enseñar al paciente formas de conducta asertiva en los diferentes aspectos en los que se desarrolla.	<p>Se trata de adiestrar al individuo para que consiga conducirse de una forma asertiva, en la cual se espera conseguir una mayor capacidad para expresar sus sentimientos, deseos y necesidades.</p> <p>El Role-Playing son ejercicios donde se le muestra al paciente un punto de vista alternativo para dilucidar los factores que interfieren en la exposición adecuada de las emociones.</p> <p>En este caso se hará modelado realizado por el terapeuta quien actuará y tomar el papel del paciente mientras que el adoptará la posición de distribuidor de drogas. Antes de esto se pedirá que se realice la misma dinámica, pero el terapeuta ofrecerá la droga en esta ocasión.</p>	60 min

SESION N 10	OBJETIVO	DESCRIPCION	TIEMPO
Relajación y Prevención de Recaídas	Lograr que el paciente unifique la identificación de sus síntomas con actividad de relajación buscando evitar que recaiga en conductas adictivas	Se adiestrará al individuo en la realización de ejercicios físicos, de contracción-relajación que le permita tener conocimientos del estado de tensión de cada parte de su cuerpo dándole recursos para relajar dichas zonas cuando estén en tensión. Una vez relajado a le enseñará mediante imaginería la reducción de la presencia de síntomas de consumo, usando como base las actividades y metas identificadas en la sesión anterior.	50 min

VIII. TIEMPO DE EJECUCIÓN:

Tendrá una duración de unos dos meses, dos veces por semana, de 40 a 60 minutos y estará determinado por los avances que logren establecer a través de la terapia, entendiéndose que se busca que después de cada una se logre aprendizaje por parte del paciente.

IX. AVANCES TERAPÉUTICOS O LOGROS OBTENIDOS:

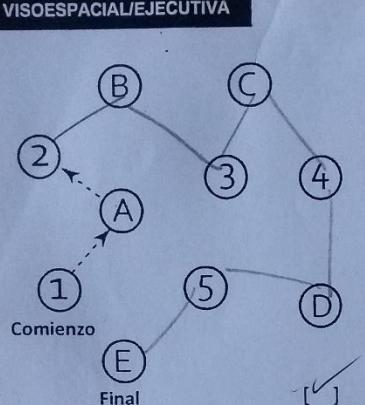
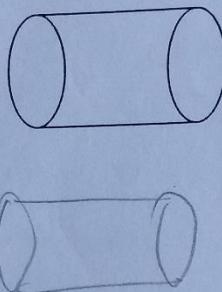
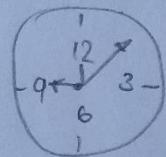
Se trabajó las primeras cinco sesiones con el paciente registrándose un adecuado nivel de comprensión del objetivo y avance de la terapia. Se concluyó en este tiempo que el paciente logró obtener mayor conciencia de enfermedad y concientización de su cuadro lo que permitirá que tenga mayor adherencia al tratamiento no sólo

psiquiátrico sino también psicológico. El resto del trabajo terapéutico dependerá de la actitud, predisposición y el compromiso que asuma el paciente.

Arequipa, 23 de setiembre del 2018

Fiorella Yasmin Aquino Cahuana

Bachiller en Psicología

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)						NOMBRE: _____	Fecha de nacimiento: _____												
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)						Nivel de estudios: _____	Sexo: _____												
Versión Mexicana 7.3. Versión Alterna						Puntos													
VISOESPACIAL/EJECUTIVA  <p>Comienzo [] Final []</p>						Copiar el cilindro  <p>[] Contorno [] Números [] Agujas</p>													
						Dibujar un Reloj (Nueve y diez) <p>(3 puntos)</p> 													
DENOMINACIÓN 						[] /3													
MEMORIA <p>Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.</p> <table border="1"> <tr> <td>1^{er} intento</td> <td>TREN</td> <td>HUEVO</td> <td>SOMBREO</td> <td>SILLA</td> <td>AZUL</td> </tr> <tr> <td>2^{do} intento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						1 ^{er} intento	TREN	HUEVO	SOMBREO	SILLA	AZUL	2 ^{do} intento						Sin puntos	
1 ^{er} intento	TREN	HUEVO	SOMBREO	SILLA	AZUL														
2 ^{do} intento																			
ATENCIÓN <p>Lea la serie de números (1 número/seg.)</p>						<p>El paciente debe repetirla. [] 5 4 1 8 7 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 4 1 7 4 ~</p>													
<p>Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.</p>						<p>[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B</p>													
<p>Restar de 7 en 7 empezando desde 80</p>						<p>[] 73 [] 66 [] 59 [] 52 [] 45</p>													
						4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos													
LENGUAJE <p>Repetir: Ella escuchó que el abogado de él fue el primero en demandar después del accidente</p>						[]													
<p>Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "M" en 1 min.</p>						[] (N ≥ 11 palabras)													
ABSTRACCIÓN <p>Similitud entre p. ej. plátano – naranja= fruta</p>						[] ojo – oído [] trompeta – piano													
RECUERDO DIFERIDO <p>Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS</p>		TREN []	HUEVO []	SOMBREO []	SILLA []	AZUL []	Puntos por recuerdos SIN PISTAS Únicamente												
Optativo <p>Pista de categoría</p>		[]	[]	[]	[]	[]													
<p>Pista elección múltiple</p>																			
ORIENTACIÓN <p>[] Dia del mes (fecha) [] Mes [] Año</p>						<p>[] Dia de la semana [] Lugar [] Ciudad</p>													
						Normal ≥ 26 / 30 TOTAL _____ / 30													
						Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios													
<p>Administrado por: _____</p>																			

TEST DE RETENCION VISUAL DE BENTON

HOJA DE ANOTACION

NOMBRE:
 FECHA: SEXO: M
 CASO N°: EXAMINADOR: FAC FORMA:

Diseño	Valoración	Errores	Diseño	Valoración	Errores
I	1		I		
II	1		II		
III	1		III		
IV	1		IV		
V	0	Distors(2)	V		
VI	1		VI		
VII	0	Distors(Var)	VII		
VIII	1		VIII		
IX	1		IX		
X	1		X		
Número de reproducciones correctas:			Número de reproducciones correctas:		
8 msn correctas					
Número de errores..... 2 errores			Número de errores.....		
Omisión		Distors.	Persev.	Rotación	Omisión
0	2	0	0		
Desplaz.	Tamaño	Izquier.	Derecho	Desplaz.	Tamaño

OBSERVACIONES:

INTERPRETACION: *Da vent se muestra frágil ejecutando adecuadamente la observación de estímulos y evocación de los mismos a voluntad. Un tanto ansioso e impulsivo*

3. PROTOCOLOS DE ADMINISTRACIÓN

A continuación se incluyen los protocolos (reactivos) para la administración de la prueba.

LÁMINA 1 (P)

ROJO	AZUL	VERDE	ROJO	AZUL
VERDE	VERDE	ROJO	AZUL	VERDE
AZUL	ROJO	AZUL	VERDE	ROJO
VERDE	AZUL	ROJO	ROJO	AZUL
ROJO	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	AZUL	VERDE	ROJO → <i>te</i>
ROJO	AZUL	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	AZUL
AZUL	VERDE	VERDE	AZUL	VERDE
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	ROJO
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	AZUL
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	VERDE
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	VERDE	AZUL	AZUL
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	AZUL	ROJO	VERDE
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	AZUL
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE

LÁMINA 2 (C)

LÁMINA 3 (PC)

ROJO	AZUL	VERDE	ROJO	AZUL
VERDE	VERDE	ROJO	AZUL	VERDE
AZUL	ROJO	AZUL	VERDE	ROJO
VERDE	<u>AZUL</u>	ROJO	ROJO	<u>AZUL</u>
ROJO	<u>ROJO</u> → (M)	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	AZUL	VERDE	ROJO
ROJO	AZUL	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	AZUL
AZUL	VERDE	VERDE	AZUL	VERDE
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	ROJO
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	<u>AZUL</u>
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	VERDE
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	VERDE	AZUL	<u>AZUL</u>
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	AZUL	ROJO	VERDE
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	AZUL
ROJO	<u>AZUL</u>	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE

TEST PARA ADULTOS TDAH

Apellidos y nombre.....

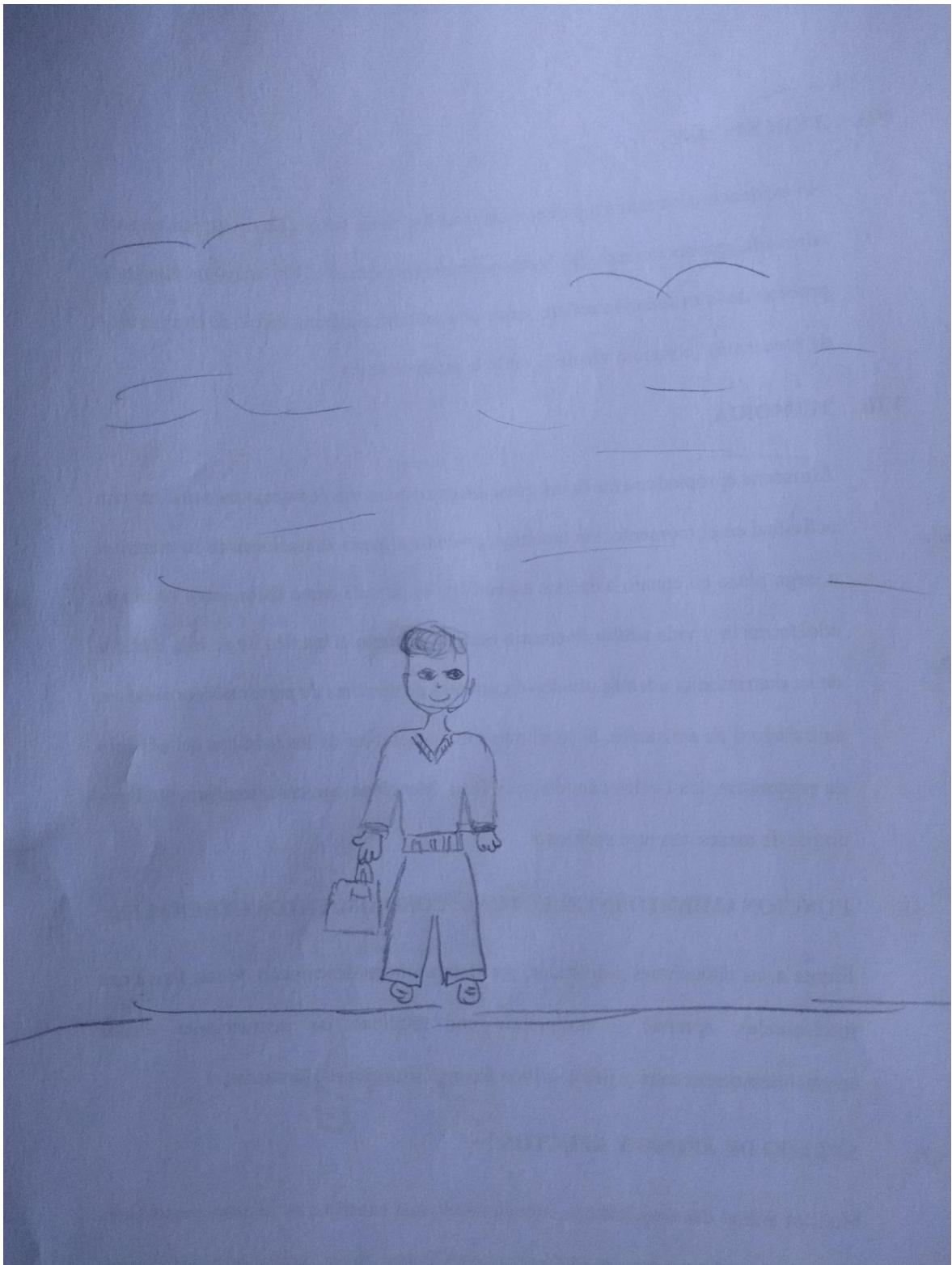
Fecha de nacimiento 12/jun/1982 Edad..... 32 años

Fecha de evaluación.....

Lea los siguientes enunciados y marque aquellos que considera que tienen que ver con usted:

- Sí 1. Tengo dificultad para ser organizado.
- Sí 2. Cuando estoy en una tarea normalmente la dejo para otro momento en vez de terminarla directamente.
- Sí 3. Trabajo en muchos proyectos pero no suelo terminarlos.
- Sí 4. Tiendo a tomar decisiones rápidas y llevarlas a la práctica como gastar dinero, implicarme sexualmente con alguien, comprometerme con nuevas actividades o cambiar de planes.
- Sí 5. Me aburro fácilmente.
- Sí 6. No importa lo mucho que haga o lo duro que lo intente, parece que no logro alcanzar mis metas.
- No 7. A menudo me distraigo cuando otros hablan; parece como si desconectara.
- Sí 8. A veces estoy tan absorto en algunas cosas que me cuesta tomarme un descanso o cambiar a una nueva actividad.
- Sí 9. Tiendo a llevar las cosas a extremos, tales como comprar impulsivamente, beber sin moderación, trabajar en exceso o comer hasta hartarme.
- Sí 10. Me frustro con facilidad y me impaciento cuando las cosas van lentas.
- No 11. Mi autoestima no es tan alta como la de otros que conozco.
- Sí 12. Necesito mucha estimulación de cosas como películas de acción o videojuegos, ir de compras, juntarme con amigos que tengan mucha vitalidad, conducir rápido o realizar deportes de riesgo.
- Sí 13. Tiendo a decir y hacer cosas sin pensar, y a veces esto me ocasiona problemas.
- Sí 14. Prefiero hacer las cosas a mi manera que seguir las reglas y los procedimientos de otros.
- Sí 15. Muchas veces me encuentro jugando con un lápiz, balanceando la pierna o realizando alguna otra cosa para relajar los nervios.
- Sí 16. Me puedo deprimir fácilmente si me separan de cosas que quiero como personas, cosas o proyectos.
- No 17. Me veo diferente a como me ven otras personas, y cuando alguien se enfada por algo que he hecho me sorprende mucho.
- Sí 18. Suelo ser muy distraído y propenso a los accidentes.
- Sí 19. Suelo tener equivocaciones por descuido.
- Sí 20. Tengo familiares de sangre que sufren de TDAH, depresión, trastorno bipolar o adicción a alguna droga.

19/20



CASO 2

Presentado por la Bachiller Jhoselynn

Yeimy Rodríguez Silva

ANAMNESIS

EXAMEN MENTAL

INFORME PSICOMÉTRICO

INFORME PSICOLÓGICO

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- XXII.** Nombres y Apellidos : Y. P.
- XXIII.** Fecha de Nacimiento : 03 de febrero del 1962
- XXIV.** Lugar de Nacimiento : Arequipa
- XXV.** Edad : 56 años
- XXVI.** Grado de instrucción : Técnico Superior (Técnica en Enfermería)
- XXVII.** Lugar de Residencia : Arequipa
- XXVIII.** Estado civil : Casada
- XXIX.** Ocupación : Asistente Administrativa
- XXX.** Religión : Católica
- XXXI.** Informante : La paciente
- XXXII.** Lugar de evaluación : Hospitalización Psiquiatría
- XXXIII.** Fecha de entrevista : 14/08/2018
- XXXIV.** Examinadora : Jhoselynn Yeimy Rodríguez Silva

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente conocida en el servicio de psiquiatría, viene por voluntad propia para ser internada, refiere sentirse “muy mal”: se le olvidan las palabras, nombres y hechos de su vida, cuando camina siente una presencia extraña detrás de ella, se siente muy triste, no puede conciliar el sueño, pérdida de interés por trabajar, además problemas familiares.

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL:

Es la tercera vez que es ingresada a hospitalización. En el 2015 ingresó al hospital por primera vez, en ese momento ella se había enterado que su hijo más cercano, quien se encontraba cursando el tercer año en la universidad, y su novia iban a ser padres de gemelos, noticia que la impactó sobremanera, sintiéndose triste y angustiada por su hijo, lloraba mucho, su apetito disminuyó, presentaba problemas para conciliar el sueño y perdió las ganas para ir a trabajar y el interés en las cosas, al ser hospitalizada se le diagnosticó con depresión mayor y fue medicada con ansiolíticos y antidepresivos, estuvo 21 días hasta que le dieron el alta, la paciente manifiesta que la medicación la hacía sentir muy sedada y con mareos “parecía caminar como un zombie”, se mantuvo tomando la mediación por aproximadamente 1 mes y luego dejó de tomarla, se le programó una cita en el servicio de psicología para hacer seguimiento del caso pero no asistió. A mediados del 2017 la paciente recayó, angustiada por el futuro de su hijo y nietos, siendo que su hijo acababa de separarse de su pareja ya que discutían mucho, la paciente volvió a presentar los síntomas de la anterior vez y pidió ser internada, fue diagnosticada con depresión recurrente y estuvo hospitalizada por dos semanas. Le fue prescrita la misma medicación que la anterior vez, esta vez se mantuvo tomando la medicación por aproximadamente 3 meses, pero como se fue sintiendo mejor, dejó de tomarla. Al mismo tiempo estaba recibiendo tratamiento psicológico, pero también lo abandonó al poco tiempo.

Hace menos de una semana ha sido internada nuevamente, refiere que se siente traicionada por su hermana mayor quien se apoderó de un terreno suyo, por ello pensó en “desaparecer”, deseando la muerte, ahora presenta olvidos recurrentes de palabras al conversar como nombres de objetos por lo que tiene que decir las

características de los objetos, hechos importantes en su vida, los nombres de sus compañeros de trabajo y cuando camina por la calle siente una presencia extraña detrás ella “como un viento” que la acompaña. Hace poco más de una semana se llevó equivocadamente la cartera de una compañera de trabajo, refiere que al tomarla la vio como suya y al llegar a su casa se percató que no era su cartera por lo que se apresuró a devolverla, se encuentra angustiada por todo lo que le está pasando y piensa que puede heredar la demencia senil de su padre. Las evaluaciones médico psiquiátricas concluyeron que la paciente presenta trastorno Depresivo Recurrente (F33) y Trastorno Cognoscitivo Leve (F06.7). Se le ha prescrito sertralina y alprazolam, menciona sentir somnolencia y mareos, pero tiene voluntad de seguir con el tratamiento.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES: PERIODO DEL DESARROLLO:

- c. **Etapa Pre-natal:** Gestación aparentemente normal, sin complicaciones.
- d. **Etapa Natal:** Nacimiento por parto natural, no refiere problemas.
- e. **Etapa Post-Natal:** No refiere dificultades en su desarrollo psicomotor y del lenguaje.
- f. **Etapa Escolar:** No presentó problemas para adaptarse a la escolaridad, tanto en inicial, primaria y secundaria obtuvo un buen rendimiento escolar con notas entre 17 y 20, refiere que sus cursos favoritos eran historia y lenguaje, ya que eran los cursos que más se le facilitaba aprender, por otro lado, los cursos de matemática y física eran los que menos le gustaban. En cuanto a sus relaciones interpersonales, mantuvo una buena relación con sus compañeros y profesores, manifiesta que era participativa y buena alumna, y que le agradaba salir al recreo a jugar vóley con sus amigas.

A los 18 años, con el apoyo de sus padres, estudió enfermería técnica y al cabo de un año y medio logró culminar sus estudios satisfactoriamente, logrando salir en

segundo puesto de su promoción, sin embargo, no llegó a ejercer su carrera, por diferentes motivos, uno de ellos refiere fue el salir embarazada un par de años más tarde.

g. Desarrollo y función sexual

A los 10 años comenzó a notar cambios en sus caracteres sexuales secundarios, como el crecimiento de su busto y caderas, a los 12 años tuvo su menarquía, menciona que el proceso a nivel físico como emocional fue llevadero y no le trajo mayores problemas.

A los 14 años, a escondidas de su padre, tuvo su primer enamorado (cuatro años mayor que ella) se conocieron desde niños, ya que vivían en la misma localidad, eran buenos amigos hasta que decidieron hacerse enamorados, fue con él con quien se inició sexualmente, y es a la vez su única pareja sexual. A los 21 años su madre falleció producto de un accidente, este hecho la afectó mucho, se sentía sola y pensaba que había perdido a “su compañera de vida”, ya que eran muy cercanas. A los 22 años se enteró que estaba embarazada y no sabía cómo iba a reaccionar su padre, al enterarse su padre del embarazo, se molestó mucho, ella y su novio decidieron casarse e irse a vivir a un cuarto alquilado. Actualmente mantiene una relación estable con su esposo y es madre de cuatro hijos, dos mujeres y dos varones.

h. Historia de la recreación y de la vida

Cuando era niña pasaba mucho tiempo sola en casa, ya que sus padres viajaban constantemente por motivos de trabajo y sus hermanos estudiaban, la mayor parte del tiempo se entretenía jugando con sus muñecas e inventando personajes para que le hagan “compañía”, y cuando encontraba el momento salía a jugar al parque con sus amigos del barrio, situación que no se daba muy a menudo ya que su padre, un

hombre de “carácter fuerte y estricto” le tenía prohibido salir. Afirma que cuando sus hermanos salían de casa para estudiar ella se quedaba llorando, le desagradaba quedarse sola en casa y que eso la hacía sentir mal.

i. Actividad Laboral

Refiere que desde joven le agradó trabajar y ser independiente, su primer trabajo fue a los 15 años vendiendo chicha afuera de su casa. A los 20 años, después de graduarse como técnica de enfermería, intentó conseguir empleo en su campo, sin embargo, no logró encontrar un trabajo de acuerdo a sus expectativas. Al nacer su primera hija y viéndose con algunos problemas económicos, decidió laborar como impulsadora, trabajo donde le pagaban bien, menciona que gracias a su atractivo físico le fue fácil conseguirlo, trabajó primero impulsando productos en supermercados, fue ganando experiencia y llegó a trabajar para diferentes empresas (nombres que no se acuerda muy bien). Años más tarde tuvo 3 hijos más, relata que ya no disponía de tiempo por lo que abandonó su trabajo y se dedicó por completo al cuidado de sus hijos, este hecho la entristeció mucho ya que contaba con un buen trabajo que le proporcionaba estabilidad económica. Tiempo después, al ingresar tres de los niños al colegio, los problemas económicos comenzaron a afectarles, la relación con su esposo se deterioró, llegando a recibir maltrato psicológico y en una oportunidad maltrato físico por parte de él. A los 36 años por consejos de su concuñado, estando sus hijos más grandes, entró a trabajar a la Municipalidad de su distrito en el área administrativa, que es donde actualmente labora como Asistente de Administración y refiere que le va muy bien, poco a poco se fue ganando la confianza de su jefe y de cierta forma se ha convertido en la líder de su grupo de trabajo, mantiene una buena relación con sus compañeros, a quienes motiva para que tengan un buen

desempeño, sin embargo, en los últimos días su ánimo ha decaído, y ha perdido el interés en trabajar.

- j. **Hábitos:** en sus tiempos libres prefiere pasarla en familia, acompañada de sus hijos y esposo, ya sea viendo una película en el cine o yendo al parque con sus nietos. Su consumo de alcohol se limita a ocasiones especiales y en cantidades mínimas, no presenta hábitos tóxicos que perjudiquen su salud.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES:

- **Enfermedades:** Menciona que desde muy joven sufría frecuentemente de amigdalitis por lo que al casarse se hizo operar, hace tres años le diagnosticaron radiculopatía cervical por lo que presenta dolor en el cuello que se extiende hasta su brazo izquierdo. El año pasado sufrió un accidente de tránsito (atropello), no hubo pérdida de conciencia y se recuperó rápidamente.
- **Personalidad pre mórbida:**

Señala que de niña era tranquila y respetuosa de las normas, el colegio era su lugar favorito, ya que podía jugar y socializar con sus pares durante el recreo. Sin embargo, creció con la idea de que no se puede confiar plenamente en alguien por consejos de su madre, por lo que sus vínculos interpersonales eran inestables. Cuando camina por las calles siente miedo a los carros a que la puedan atropellar, este miedo viene desde antes del accidente de su madre, aunque no sabe precisarlo “no sé, creo que siempre he tenido miedo a los carros”.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- **Composición Familiar:** La paciente vive con su esposo y sus cuatro hijos, todos nacieron y residen en Arequipa. Mantiene una relación cercana con los miembros de su familia. Su esposo es comerciante y se dedica a distribuir productos para

ferreterías, señala que durante los primeros años de matrimonio su carácter era dominante e impositivo, pero al pasar los años siente que los papeles se han invertido, ahora lo considera una persona bastante dócil; su primera hija de 33 años es soltera, tiende a ser temperamental irritándose con facilidad. Su segunda hija de 29 quien está embarazada, con planes para casarse, de sus hijos la considera la “más madura”. Su tercer hijo de 26 años, trabaja en el rubro minero, no concluyó su carrera universitaria y es con quien tiene una relación más cercana, es padre de gemelos y actualmente tiene problemas con la madre de sus hijos, es de carácter tranquilo y sumiso, y es quien le recuerda como era ella en su juventud. El último de sus hijos de 24 años está cursando el tercer año de psicología en la universidad y es soltero, tiende a ser egocéntrico y poco cariñoso.

- **Condición Socioeconómica:** Todos aportan en el hogar, cuentan con todos los recursos necesarios y tienen estabilidad económica. De condición socio-económica media.
- **Antecedentes familiares patológicos:** Tía paterna y padre diagnosticados con demencia senil iniciada aproximadamente entre los 60 y 65 años. Una sobrina con esquizofrenia desde los 19 años, que actualmente recibe tratamiento médico.

VII. RESUMEN:

La paciente no refiere problemas en su desarrollo natal y postnatal, su sistema psicomotor y lenguaje se desarrollaron dentro de lo esperado. Durante su niñez le desagradaba quedarse sola en casa ya que sus padres se iban a trabajar y sus hermanos iban a estudiar, tenía prohibido permisos por lo que jugaba poco con niños de su edad. Se adaptó con facilidad a la escolaridad, obteniendo un buen desempeño, a los 21 años su madre falleció, hecho que la afectó mucho, un año más tarde tuvo su primera hija y se casó, este hecho hizo que se distanciara de su madre. Años más tarde

la relación con su padre fue mejorando, sin embargo, los problemas económicos comenzaron a afectar la relación con su esposo, llegando a recibir maltrato físico. Tiempo después consiguió un mejor trabajo y la situación mejoró. En el 2015 ingresó al hospital por primera vez, recibió una noticia que la impactó sobremanera (su tercer hijo que aún cursaba la universidad iba a ser padre de gemelos), sintiéndose triste y angustiada, lloraba mucho, su apetito disminuyó y presentaba problemas para conciliar el sueño, fue diagnosticada con depresión mayor, fue medicada con ansiolíticos y antidepresivos, se mantuvo tomando la medicación por aproximadamente 1 mes, luego dejó de tomarla por los efectos secundarios que los medicamentos provocan, se le programó una cita en el servicio de psicología para hacer seguimiento del caso pero no asistió. A mediados del 2017 la paciente recayó, angustiada por los problemas familiares, la paciente volvió a presentar los mismos síntomas, fue internada y diagnosticada con depresión recurrente, continuó con la misma medición por aproximadamente 3 meses, pero al sentirse mejor dejó de tomarla. Al mismo tiempo estaba recibiendo tratamiento psicológico, pero también lo abandonó al poco tiempo. Hace menos de una semana ha sido internada nuevamente, ahora presenta olvidos recurrentes de palabras, hechos importantes en su vida y cuando camina por la calle siente una presencia extraña “como un viento” que la sigue. Las evaluaciones médico psiquiátricas concluyeron que la paciente presenta trastorno Depresivo Recurrente (F33) y Trastorno Cognoscitivo Leve (F06.7). Se encuentra medicada con alprazolam y sertralina.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- XXXV.** Nombres y Apellidos : Y. P.
- XXXVI.** Fecha de Nacimiento : 03 de febrero del 1962
- XXXVII.** Lugar de Nacimiento : Arequipa
- XXXVIII.** Edad : 56 años
- XXXIX.** Grado de instrucción : Técnico Superior (Técnica en Enfermería)
- XL.** Lugar de Residencia : Arequipa
- XLI.** Estado civil : Casada
- XLII.** Ocupación : Asistente Administrativa
- XLIII.** Religión : Católica
- XLIV.** Lugar de evaluación : Hospitalización Psiquiatría
- XLV.** Fecha de evaluación : 14/08/2018
- XLVI.** Examinadora : Jhoselynn Yeimy Rodríguez Silva

II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD:

La paciente aparenta la edad que posee, de tez clara, cabello largo, castaño y ondulado. Es de contextura promedio, en su vestimenta muestra arreglo y cuidado personal, su expresión facial denota tristeza y preocupación, su tono de voz tiende a ser bajo. Antes de comenzar la evaluación se le observa cansada y con pocos ánimos para trabajar, sin embargo, muestra una actitud colaboradora y de respeto.

III. ATENCIÓN:

Al principio muestra interés en las actividades y presta atención a las indicaciones, pero a medida que transcurre el proceso se va mostrando fatigada y le cuesta más

mantenerse concentrada en los estímulos presentados, distrayéndose fácilmente frente a los estímulos ambientales.

IV. CONCIENCIA O ESTADO DE ALERTA:

Se muestra aletargada, somnolienta y reacciona con lentitud frente a los estímulos de la evaluación (enlentecimiento psicomotriz).

V. ORIENTACIÓN: TIEMPO, ESPACIO, LUGAR, PERSONA, PERSONAS:

Se orienta en tiempo, espacio, lugar y persona con normalidad. Sabe precisar la fecha en la que nos encontramos (día, mes, año), el lugar donde se está desarrollando la evaluación (dirección, localidad, país) y datos sobre su persona (nombre, edad, nivel de instrucción, ocupación).

VI. LENGUAJE:

Con respecto a su lenguaje expresivo, habla despacio y pausado, presenta algunas dificultades en la articulación verbal, por lo que, a veces no se entiende lo que dice y por momentos habla entre dientes, arrastrando las palabras, posee un adecuado vocabulario, reconoce con facilidad los objetos mostrados. En cuanto a su lenguaje comprensivo, no presenta mayores problemas, entiende con relativa rapidez las actividades que se le indican.

VI. PENSAMIENTO (CURSO Y CONTENIDO):

El curso de su pensamiento es adecuado, mantiene el control y secuencia de sus ideas. En relación al contenido posee una estructura adecuada, presenta lógica coherencia y continuidad al expresarse, con presencia de ideas negativas y autoderrotistas (visión en túnel).

VII. PERCEPCIÓN:

No evidencia alteraciones perceptivas visuales, auditivas y gustativas, presentando adecuado reconocimiento de objetos y sonidos presentados. Sin embargo, durante el proceso de la evaluación refiere sentir una presencia extraña detrás de ella (sentido de presencia) “como un viento”, y ello le produce temor.

VIII. MEMORIA:

Almacena apropiadamente la información en su memoria de trabajo para realizar una actividad en el momento, sin embargo, presenta algunas alteraciones en su memoria a largo plazo en cuanto a hechos específicos en su vida como datos sobre su niñez, adolescencia y vida adulta (memoria episódica) como el bautizo de su hija o el día de su matrimonio, además olvidos recurrentes de nombres de personas conocidas en su trabajo o de amistades, al igual que con los nombres de los médicos del servicio de psiquiatría, los cuales conocía muy bien. Menciona que aproximadamente lleva un par de meses con este problema.

IX. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL: CONOCIMIENTOS GENERALES:

Frente a situaciones sencillas responde adecuadamente, establece algunas relaciones causales, sin embargo, se le dificulta comprender situaciones más complejas que involucren plantear hipótesis y estrategias de solución.

X. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS:

Muestra ánimo decaído, tristeza, mencionando que extraña a su familia, menoscabo de su energía al momento de realizar las actividades, llanto fácil al recordar pasajes de su vida, como los momentos que vivió con su madre y por otro lado cierto resentimiento con su hermana quien siente que la ha traicionado, preocupación

orientada a los problemas familiares y de salud que tiene y angustia por el diagnóstico que le vayan a dar. Además, anhedonia, incapacidad para sentir placer, y pérdida de interés por las actividades que antes le gustaba realizar, muestra tendencia a la frustración que se hace evidente cuando se le presentan tareas de mayor complejidad, menciona “ya no puedo...”, “lo mismo me pasa cuando trabajo...se me olvidan las cosas”, y al animarla a seguir con la actividad muestra irritabilidad y rechazo.

XIII. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD:

Hay relativa conciencia sobre el problema que tiene, refiere querer seguir un tratamiento.

XIV. RESUMEN:

La paciente aparenta la edad que posee, de tez clara, cabello negro y ondulado. Su expresión facial denota tristeza y preocupación, su tono de voz es bajo. Presta atención a las indicaciones, pero a medida que transcurre el proceso se va mostrando fatigada y le cuesta más mantenerse concentrada. Reacciona con lentitud frente a los estímulos del ambiente, se distrae fácilmente, orientada en tiempo, espacio y persona.

Habla despacio y pausado, algunas dificultades en la articulación verbal por lo que algunas palabras no se le entienden. El curso de su pensamiento es adecuado, mantiene la secuencia de sus ideas, en cuanto al contenido son recurrentes las ideas negativas y autoderrotistas. No evidencia alteraciones perceptivas visuales, auditivas y gustativas, sin embargo, durante la evaluación refiere sentir una presencia extraña cerca de ella “como un viento”, presenta también algunos vacíos sobre hechos específicos en su vida, establece algunas relaciones causales, sin embargo, se le dificulta comprender situaciones más complejas que involucren plantear hipótesis y

estrategias de solución. Además, muestra ánimo decaído, tristeza, falta de vitalidad, llanto fácil, anhedonia, pérdida de interés en actividades que antes le gustaba realizar, tendencia a la frustración e irritabilidad. Relativa conciencia de enfermedad.

Arequipa, 23 de agosto del 2018

Jhoselynn Yeimy Rodríguez Silva

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- **Nombres y Apellidos** : Y.P.
- **Fecha de Nacimiento** : 03 de febrero del 1962
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Lugar de Residencia** : Arequipa
- **Edad** : 56 años
- **Grado de Instrucción** : Técnico Superior (Técnica en Enfermería)
- **Ocupación** : Asistente Administrativa
- **Estado Civil** : Casada
- **Lugar de evaluación** : Hospitalización Psiquiatría
- **Fechas de Evaluación** : 14/08/2018, 17/08/2018 y 21/08/2018
- **Examinadora** : Jhoselynn Yeimy Rodríguez Silva

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Evaluación de la personalidad y funciones cognitivas.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación.
- Entrevista.
- Pruebas Psicométricas
 - Test Montreal Cognitivo Assessment (MOCA)
 - Test de Memoria Auditiva Palabras del Rey
 - Test de Retención Visual de Benton
 - Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)
 - Inventario de Depresión de Beck

- Inventario Clínico Multiaxial Millon II
- Test de la persona bajo la lluvia

IV. RESULTADOS

ÁREA COGNITIVA

- **Test Montreal Cognitivo Assessment (MOCA)**

Interpretación cuantitativa

Sub test	Puntaje	Grado de afectación
Visoespacial/ejecutiva	4/5	Leve afectación
Identificación	3/3	Sin afectación
Recuerdo diferido	3/5	Leve Afectación
Atención	5/6	Leve Afectación
Lenguaje	3/3	Sin afectación
Abstracción	2/2	Sin afectación
Orientación	6/6	Sin afectación
Total MOCA	26/30	Sin afectación general

Interpretación cualitativa

La paciente obtuvo un puntaje total de 26 el cual no muestra afectación a nivel general de las funciones, identificación, reconoce y nomina adecuadamente los estímulos presentados, no hay alteraciones en el lenguaje, expresa adecuadamente las frases, en tanto a su capacidad de abstracción, puede hallar relaciones entre objetos y semejanzas, además de orientarse en tiempo, espacio y persona. Sin embargo, se puede apreciar cierta afectación de su función cognitiva mnémica en cuanto a recuerdo diferido, por lo que tendría algunas dificultades para recordar estímulos después de un periodo de tiempo en el que ha sido expuesta a otras tareas. Así mismo, la función visoespacial/ejecutiva presenta una

afectación leve por lo que tendría ligera dificultad para ejecutar tareas que involucren la percepción visual y la coordinación manual que también puede verse influenciada por su atención disminuida, ya que tiene dificultad para mantenerse concentrada en un estímulo.

- **Test de Memoria Auditiva Palabras del Rey**

Interpretación cuantitativa

Se obtienen los siguientes resultados:

Memoria	Puntaje	Observaciones
Memoria a corto plazo	7/15	Presenta algunas intrusiones
Memoria a largo plazo	7/15	
Memoria semántica	15/15	

Interpretación cualitativa

No evidencia compromiso en su memoria semántica, sin embargo, presenta dificultades en su memoria a corto y largo plazo, presentando algunas intrusiones en su recuerdo a corto plazo.

- **Test de Retención Visual de Benton**

Interpretación cuantitativa

Tipo de Error	Errores
Desplazamiento	5
Distorsión	4
Omisión	2
Rotación	1
TOTAL	12

Interpretación cualitativa

Obtiene un total de 12 errores, presentando 7 errores más de los esperados para su edad, lo que configuraría el inicio de un posible deterioro cognitivo, debido a

ello se muestran dificultades en la función visoperceptiva, visoconstructiva y memoria visual inmediata. Lo cual podría indicar probable compromiso orgánico.

- **Inventario de Ansiedad rasgo-Estado (IDARE)**

Interpretación cuantitativa

Escalas	Puntaje	Categoría
Ansiedad Estado	49	Ansiedad Mayor
Ansiedad rasgo	64	Ansiedad Mayor

Interpretación cualitativa

De acuerdo a la evaluación la paciente obtiene ansiedad rasgo y estado mayor, con predominancia de la ansiedad rasgo. Como rasgo, generalmente se cansa rápido, pierde oportunidades por no poder decidirse, se toma las cosas de forma personal, hay ideas poco importantes que no consigue olvidar y le afectan mucho los desengaños. Como estado actual, se siente muy nerviosa, bastante tensa y con preocupación por el futuro.

- **Inventario de Depresión de Beck**

Interpretación cuantitativa

Puntaje	Categoría
41	Depresión grave

Interpretación cualitativa

La paciente presenta depresión grave, por lo que continuamente se siente triste, ve el futuro como desesperanzador, se siente insatisfecha y aburrida con respecto a todo, con sentimientos de culpabilidad, está a disgusto consigo misma, llanto

frecuente, pérdida del interés por los demás, costándole más esfuerzo iniciar una actividad o hacer algo, no duerme bien como antes, se cansa en cuanto hace cualquier cosa, disminución del apetito y pérdida significativa de peso (más de 7 kilos), preocupación constante por su estado de salud y disminución de la libido.

- **Inventario Clínico Multiaxial Millon II**

ÁREA DE PERSONALIDAD

Interpretación Cuantitativa

Escalas de Validez					PUNTAJE FINAL	
V	Validez	0	=	Válido		
X	Sinceridad	518	=	Válido	91	X
Y	Deseabilidad Social	20	=		95	Y
Z	Autodescalificación	30	=		88	Z

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE Bruto	PUNTAJE BR	FACTOR X		AJUSTES DA DD DC- DC- Pac.		PUNTAJE FINAL
			X	X1/2	1	2	
1 Esquizoide	50	121	113				113
2 Evitativo	41	102	94		94		94
3 Dependiente	52	118	110				110
4 Histriónico	26	64	56				56
5 Narcisita	37	74	66				66
6A Antisocial	19	57	49				49
6B Agresivo-sádico	28	69	61				61
7 Compulsivo	57	106	98				98
8A Pasivo-agresivo	27	66	58				58
8B Autoderrotista	43	107	99		99		99

Patología severa de personalidad										
S	Esquizotípico	50	121		117		118	118	118	
C	Borderline	49	73		69	69	70	70	70	70
P	Paranoide	39	71		67		67	67	67	67

Síndromes clínicos												
A	Ansiedad	36	107	99		100	100	100		100	A	
H	Somatoformo	36	80	72		73	73	73		73	H	
N	Bipolar	29	61	53						53	N	
D	Distimia	57	115	107		108	108	108		108	D	
B	Dependencia de alcohol	24	60	52						52	B	
T	Dependencia de drogas	25	60	52						52	T	

Síndromes severos												
SS	Desorden del pensamiento	35	87		83				88	88	SS	
CC	Depresión mayor	46	100		96				103	103	CC	
PP	Desorden delusional	22	71		67				69	69	PP	

Indicador elevado >=85

Indicador moderado 75-84

Indicador sugestivo 60-74

Indicador bajo 35-59

Indicador nulo 0-34

Interpretación cualitativa

Patrones Clínicos de Personalidad: presenta indicadores elevados en:

ESQUIZOIDE, DEPENDIENTE Y AUTODERROTISTA: Como **estilo cognitivo:**

La paciente suele percibir los eventos como vagos, oscuros, su lógica tiende a ser errática, perdiendo fácilmente la secuencia de su pensamiento; tendencia a ser persuasible, minimiza los problemas objetivos y los eventos problemáticos; muchas veces expresa actitudes y pensamientos contrarios a sus sentimientos internos, experimentando emociones contrastantes y conflictos hacia otros de amor, culpa y furia. Como **conducta interpersonal:** mantiene pocas relaciones cercanas, tiene un rol social periférico; subordina sus necesidades a figuras de fuerza, se siente desvalida sin éstas, es complaciente y conciliadora; se muestra servil y sacrificada, permite que otros le tomen ventaja y acepta las críticas incluso cuando éstas no son

justificadas. **Actos expresivos:** evidencia un estado de fatiga, poca energía, falta de vitalidad, es flemática, con déficit en la activación, expresión motora y espontaneidad; con dificultad para asumir roles maduros e independientes, poco asertiva, se muestra dócil y pasiva; no indulgente consigo misma, se reprime de exhibir signos de placer o atractivo, prefiriendo ponerse a sí misma en una posición inferior.

Patología severa de personalidad: presenta un indicador elevado en: **ESQUIZOTÍPICO:** **Estilo cognitivo:** su forma de comunicación social se encuentra mezclada con irrelevancias personales, con habla circunstancial, ideas de referencia, tendencia a rumiar, muchas veces absorta en ensoñaciones, con pensamiento mágico, mezclando fantasía y realidad. Como **conducta Interpersonal:** Prefiere la privacidad y el aislamiento, estableciendo pocos vínculos y obligaciones personales. En sus **actos expresivos:** exhibe hábitos sociales poco flexibles, es percibida por los demás como excéntrica, con un comportamiento considerado como raro o bizarro.

Síndromes clínicos: presenta indicadores elevados en: **DISTIMIA Y ANSIEDAD.** Manifiesta sentimientos de desánimo o culpabilidad, carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, acompañado de un estado generalizado de tensión, preocupación e inquietud.

Síndromes severos: presenta indicadores elevados en: **DEPRESIÓN MAYOR y DESORDEN DEL PENSAMIENTO,** marcado enlentecimiento motor, insomnio, pérdida de apetito, temor por el futuro y sentimientos de resignación; además, generalmente muestra afectos de forma inapropiada, en ocasiones puede llegar a presentar un estado de ánimo hostil y expresar sentimientos de estar siendo maltratada, pudiendo llegar a ser beligerante, experimentando delirios irracionales pero interconectados de naturaleza persecutoria.

- **Test de la persona bajo la lluvia**

Proyectivamente sus rasgos de personalidad denotan inmadurez psicológica, dependencia emocional, hostilidad frente al mundo, frecuentemente preocupada por las críticas de los demás, acompañado de angustia y ansiedad. Así mismo, dificultad en el control de los impulsos, bajo nivel de tolerancia frente a la frustración, siendo fácilmente irritable, manifiesta una sensación de vacío, depresión, falta de defensas, egocentrismo y tendencia a la posesividad.

V. CONCLUSIÓN

A nivel cognitivo presenta algunas alteraciones en la función mnémica, siendo más notables en su recuerdo diferido, al tener problemas para recordar cosas pasado un tiempo, presencia de intrusiones en la memoria a corto plazo, atención disminuida y dificultades en las funciones visoperceptiva, visoconstructiva y memoria visual inmediata, lo que indicaría un posible inicio de deterioro cognitivo. En cuanto a su personalidad, destacan patrones clínicos de esquizoide, dependiente y autoderrotista, así como, patología severa de personalidad de tipo esquizotípico, además evidencia síndrome clínico en distimia y ansiedad y como síndrome severo presenta depresión mayor y desorden del pensamiento. Aunado a ello, proyectivamente muestra angustia, ansiedad, baja tolerancia a la frustración, dificultad en el control de impulsos, dependencia emocional e irritabilidad.

Arequipa, 25 de agosto del 2018

Jhoselynn Yeimy Rodríguez Silva

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES:

- **Nombres y Apellidos** : Y.P.
- **Fecha de Nacimiento** : 03 de febrero del 1962
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Lugar de Residencia** : Arequipa
- **Edad** : 56 años
- **Grado de Instrucción** : Técnico Superior (Técnica en Enfermería)
- **Ocupación** : Asistente Administrativa
- **Estado Civil** : Casada
- **Lugar de evaluación** : Hospitalización Psiquiatría
- **Fechas de Evaluación** : 14/08/2018, 17/08/2018 y 21/08/2018
- **Examinadora** : Jhoselynn Yeimy Rodríguez Silva

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente conocida en el servicio de psiquiatría, viene por voluntad propia para ser internada, refiere sentirse “muy mal”: se le olvidan las palabras, nombres y hechos de su vida, cuando camina siente una presencia extraña detrás de ella, se siente muy triste, no puede conciliar el sueño, pérdida de interés por trabajar, además problemas familiares.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación.
- Entrevista.
- Pruebas Psicométricas
 - Test Montreal Cognitivo Assessment (MOCA)

- Test de Memoria Auditiva Palabras del Rey
- Test de Retención Visual de Benton
- Inventario de Ansiedad rasgo-Estado (IDARE)
- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario Clínico Multiaxial Millon II
- Test de la persona bajo la lluvia

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La paciente no refiere problemas en su desarrollo natal y postnatal, su sistema psicomotor y lenguaje se desarrollaron dentro de lo esperado. Durante su niñez le desagradaba quedarse sola en casa ya que sus padres se iban a trabajar y sus hermanos iban a estudiar, tenía prohibido permisos por lo que jugaba poco con niños de su edad. Se adaptó con facilidad a la escolaridad, obteniendo un buen desempeño, a los 21 años su madre falleció, hecho que la afectó mucho, un año más tarde tuvo su primera hija y se casó, este hecho hizo que se distanciara de su padre. Años más tarde la relación con su padre fue mejorando, sin embargo, los problemas económicos comenzaron a afectar la relación con su esposo, llegando a recibir maltrato físico. Tiempo después consiguió un mejor trabajo y la situación mejoró. En el 2015 ingresó al hospital por primera vez, recibió una noticia que la impactó sobremanera (su tercer hijo que aún cursaba la universidad iba a ser padre de gemelos), sintiéndose triste y angustiada, lloraba mucho, su apetito disminuyó y presentaba problemas para conciliar el sueño, fue diagnosticada con depresión mayor, fue medicada con ansiolíticos y antidepresivos, se mantuvo tomando la mediación por aproximadamente 1 mes, luego dejó de tomarla por los efectos secundarios que los medicamentos provocan, se le programó una cita en el servicio de psicología para hacer seguimiento del caso pero no asistió. A mediados del 2017 la paciente recayó,

angustiada por los problemas familiares, la paciente volvió a presentar los mismos síntomas, fue internada y diagnosticada con depresión recurrente, continuó con la misma medición por aproximadamente 3 meses, pero al sentirse mejor dejó de tomarla. Al mismo tiempo estaba recibiendo tratamiento psicológico, pero también lo abandonó al poco tiempo. Hace menos de una semana ha sido internada nuevamente, ahora presenta olvidos recurrentes de palabras, hechos importantes en su vida y cuando camina por la calle siente una presencia extraña “como un viento” que la sigue. Las evaluaciones médico psiquiátricas concluyeron que la paciente presenta trastorno Depresivo Recurrente (F33) y Trastorno Cognoscitivo Leve (F06.7). Se encuentra medicada con alprazolam y sertralina.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

La paciente aparenta la edad que posee, de tez clara, cabello negro y ondulado. Su expresión facial denota tristeza y preocupación, su tono de voz es bajo. Presta atención a las indicaciones, pero a medida que transcurre el proceso se va mostrando fatigada y le cuesta más mantenerse concentrada. Reacciona con lentitud frente a los estímulos del ambiente, se distrae fácilmente, orientada en tiempo, espacio y persona. Habla despacio y pausado, algunas dificultades en la articulación verbal por lo que algunas palabras no se le entienden. El curso de su pensamiento es adecuado, mantiene la secuencia de sus ideas, en cuanto al contenido son recurrentes las ideas negativas y autoderrotistas. No evidencia alteraciones perceptivas visuales, auditivas y gustativas, sin embargo, durante la evaluación refiere sentir una presencia extraña cerca de ella “como un viento”, presenta también algunos vacíos sobre hechos específicos en su vida, establece algunas relaciones causales, sin embargo, se le dificulta comprender situaciones más complejas que involucren plantear hipótesis y estrategias de solución. Además, muestra ánimo decaído, tristeza, falta de vitalidad,

llanto fácil, anhedonia, pérdida de interés en actividades que antes le gustaba realizar, tendencia a la frustración e irritabilidad. Relativa conciencia de enfermedad.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A nivel cognitivo, no evidencia alteraciones en la orientación (tiempo, espacio, persona), establece algunas relaciones causales, sin embargo, se le dificulta comprender situaciones más complejas que involucren plantear hipótesis y estrategias de solución, presenta dificultades para mantener su atención, se distrae con facilidad ante estímulos ambientales ajenos a los reactivos presentados, lo cual dificulta su concentración, posee un pensamiento con contenido de ideas negativas y autoderrotistas, en todo momento menciona sentir una presencia extraña al lado suyo “como un viento” que la acompaña a donde vaya, pero niega escuchar voces o ver cosas que otros no, lo que descartaría trastornos en la percepción. En cuanto a su lenguaje, en su lenguaje expresivo evidencia ligeras dificultades en la articulación verbal, habla lentificada y con tendencia a arrastrar algunas palabras, por otro lado, su lenguaje comprensivo se encuentra conservado, entiende y responde adecuadamente a las consignas que se le dan. Asimismo, muestra alteración en la memoria episódica (largo plazo), al recordar hechos de su vida con pocos detalles o vagamente como por ejemplo datos en torno al día de su boda o el bautizo de su hija, además, dificultades a nivel de la memoria inmediata (corto plazo) por lo que tiene dificultad para recordar estímulos presentados en el momento y con presencia de intrusiones, así como también dificultad para nombrar objetos conocidos, nombres de personas de su entorno amical y laboral. También evidencia algunas alteraciones en las funciones visoperceptiva, visoconstructiva y memoria visual inmediata.

A nivel intrapersonal, destacan rasgos de personalidad esquizoide, dependiente y autoderrotista, es una persona con tendencia a la introversión, le agrada relacionarse

solo con personas de su entorno cercano, con menoscabo de la vitalidad física, mostrando enlentecimiento psicomotor, con tendencia a percibir los eventos como vagos y oscuros, sintiéndose sola y vacía cuando alguien de su entorno cercano se aleja, presenta un bajo nivel de tolerancia frente a la frustración, con tendencia al llanto, se irrita cuando las cosas no le salen como espera, experimentando sentimientos de angustia e inquietud. Todos estos rasgos explicarían sus episodios depresivos recurrentes, dada la falta de mecanismos de afronte frente a problemas o dificultades en su vida que se traducen en situaciones altamente estresantes.

A nivel interpersonal, mantiene contacto directo con las personas sin embargo no logra establecer vínculos estables, al encontrarse con personas desconocidas se mantiene constantemente en estado de alerta, mostrando recelo y desconfianza de las intenciones de los demás, por ello prefiere mantener su distancia para evitar ser lastimada, sin embargo, con las personas con las que logra establecer un vínculo de confianza, puede mostrar conductas egocéntricas y posesivas, sintiéndose sola y vacía al perder el afecto de los que considera los suyos.

VII. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

Paciente presenta algunas alteraciones en la función mnémica, siendo más notables en su recuerdo diferido, presencia de intrusiones en la memoria a corto plazo, atención disminuida y dificultades en las funciones visoperceptiva, visoconstructiva y memoria visual inmediata, que a la luz de los estudios médicos neurológicos podrían indicar el inicio de un posible deterioro cognitivo. En su personalidad destacan patrones clínicos de esquizoide, dependiente y autoderrotista, así como, patología severa de personalidad de tipo esquizotípico, por lo que establece pocos vínculos interpersonales, mostrándose desconfiada. Por otro lado, presenta ánimo decaído, anhedonia, enlentecimiento psicomotor, baja tolerancia a la frustración,

ansiedad, pérdida de interés en las actividades que antes hacía y alteración en el sueño, los cuales se han manifestado anteriormente, por todo ello se configuraría el trastorno Depresivo Recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F33.2).

VIII. PRONÓSTICO

Reservado, no cuenta con un adecuado soporte familiar, hay relativa conciencia de enfermedad, pero su voluntad es fluctuante en cuanto a seguir plenamente un tratamiento, además, existen antecedentes familiares de patología orgánica cerebral.

IX. RECOMENDACIONES

- Continuar con el tratamiento psiquiátrico.
- Evaluación médica neurológica
- Psicoterapia individual

Arequipa, 25 de agosto del 2018

Jhoselynn Yeimy Rodríguez Silva

Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Y.P.
Fecha de Nacimiento	: 03 de febrero del 1962
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Lugar de Residencia	: Arequipa
Edad	: 56 años
Grado de Instrucción	: Técnico Superior (Técnica en Enfermería)
Ocupación	: Asistente de Administración
Estado Civil	: Casada
Referido por	: Servicio de Psiquiatría

II. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Paciente con una capacidad intelectual promedio, presenta algunas alteraciones en la función mnémica, siendo más notables en su recuerdo diferido, presencia de intrusiones en la memoria a corto plazo, atención disminuida y dificultades en las funciones visoperceptiva, visoconstructiva y memoria visual inmediata, que a la luz de los estudios médicos neurológicos podrían indicar el inicio de un posible deterioro cognitivo. En su personalidad destacan patrones clínicos de esquizoide, dependiente y autoderrotista, así como, patología severa de personalidad de tipo esquizotípico, por lo que establece pocos vínculos interpersonales, mostrándose desconfiada. Por otro lado, presenta ánimo decaído, anhedonia, enlentecimiento psicomotor, baja tolerancia a la frustración, ansiedad, pérdida de interés en las actividades que antes

hacía y alteración en el sueño, los cuales se han manifestado anteriormente, por todo ello se configuraría el trastorno Depresivo Recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F33.2).

III. OBJETIVO GENERAL

Dotar a la paciente de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento que le permitan un mayor control emocional, al mismo tiempo que se estimulan sus funciones cognitivas para prevenir el inicio de un posible deterioro cognitivo.

IV. TÉCNICA TERAPÉUTICA A UTILIZAR

Se trabajará bajo el modelo de aprendizaje social, haciendo uso de técnicas cognitivas para modificar cogniciones distorsionadas y técnicas conductuales, que permitan la implementación de conductas más adaptativas y que a la vez favorezcan la adherencia al tratamiento.

Las sesiones se detallan a continuación:

SESIÓN 1	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
OBJETIVO	Concientizar a la paciente sobre su problema y adherencia al tratamiento.
DESARROLLO	<p>Se buscará explicar y aclarar las dificultades de la paciente al familiar o a ella misma, la importancia de llevar a cabo la psicoterapia y la mejora esperada a partir de ello.</p> <p>Se buscará realizar un horario práctico y acorde a la paciente, a sus posibilidades (tiempo de descanso, horas libres y actividades anexas, etc.).</p>
MATERIALES	Ninguno
DURACIÓN	40 minutos

SESIÓN 2 y 3	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA
OBJETIVO	Identificar, analizar, y modificar pensamientos distorsionados.
DESARROLLO	Se buscará junto a la paciente identificar aquellos pensamientos negativos que la paciente experimenta en determinadas situaciones o que tiene sobre sí misma (ideas autorrotistas) así como también su fuente, para modificarlos a través de la confrontación.
MATERIALES	<p>Hoja Preguntas para evaluar las pruebas de pensamiento</p> <p>Hoja Preguntas para examinar la utilidad del pensamiento.</p> <p>Hoja de Preguntas para examinar que se podría hacer si lo que piensas fuera cierto.</p>
DURACIÓN	40 minutos

PREGUNTAS PARA EXAMINAR LAS PRUEBAS DE UN PENSAMIENTO

- ✓ *¿Qué datos existen a favor de este pensamiento? ¿Qué es lo que le hace pensar que las cosas son así? ¿Son realmente favorables estos datos?*
- ✓ *¿Qué datos existen en contra de este pensamiento?*
- ✓ *Si a alguien le ocurre lo que a usted), ¿cómo reacciona usted?; ¿cómo reaccionan los demás?*
- ✓ *¿Cuál es la probabilidad de que esté interpretando correctamente la situación?*
- ✓ *¿Está pensando en que porque algo puede suceder, sucederá?*
- ✓ *¿Existen otras interpretaciones alternativas? ¿Hay otro modo de enfocar esto?*
- ✓ *¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Y lo mejor? ¿Qué es lo más probable que suceda?*
- ✓ *¿Están sus juicios basados en cómo se siente en vez de en hechos?*
- ✓ *¿Está empleando palabras que son extremas o exageradas (siempre, nunca, debería)?*
- ✓ *¿Se está fijando metas poco realistas o inalcanzables*
- ✓ *¿Está sobreestimando su responsabilidad sobre cómo salen las cosas? ¿Qué otros factores influyen?*
- ✓ *¿Está subestimando lo que puede hacer para manejar la situación?*
- ✓ *¿Qué le diría una persona importante para usted acerca de este pensamiento?*
- ✓ *Si este pensamiento lo tuviera otra persona, ¿qué le diría para hacerle ver que no es correcto?*

PREGUNTAS PARA EXAMINAR LA UTILIDAD DE UN PENSAMIENTO

I. *¿Le ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos y a solucionar su problema?*

II. *¿Le ayuda esta forma de pensar a sentirse como quiere?*

III. *¿Cuál es el impacto que este pensamiento tiene sobre sus sentimientos y sobre su conducta?*

IV. *¿Cómo repercute este pensamiento en sus relaciones con otras personas?*

V. *¿Cuáles son los pros y los contras, a corto y largo plazo, de esto que cree?
¿Predominan las des- ventajas sobre las ventajas?*

**PREGUNTAS PARA EXAMINAR QUÉ SE PODRÍA HACER SI LO QUE SE
PIENSA FUERA CIERTO**

- I. *Si las cosas fueran realmente así, ¿qué podría hacer al respecto?; ¿cómo podría hacer frente a la situación?*

- II. *¿Qué le diría una persona importante para usted con el fin de ayudarle a afrontar la situación?*

Si este pensamiento lo tuviera X, ¿qué le diría para ayudarle a afrontar la situación

SESIÓN 4 y 5	RELAJACIÓN Y RESPIRACIÓN
OBJETIVO	Lograr que la paciente reconozca y diferencie en su cuerpo los estados de tensión y distención de los distintos grupos musculares para lograr el control de la ansiedad.
DESARROLLO	Se explicará a la paciente que la finalidad de los ejercicios es mostrarle la incompatibilidad de estar relajada y estar ansiosa o tensa, se le indicará que el tiempo de tensión deberá ser mucho menor que el de relajación. Además, se le informará que una estrategia para lograr la relajación es tensar al máximo el músculo y soltarlo inmediatamente. Se le enseñará como respirar profundamente con la finalidad que se centre en su respiración, logrando relajar todo el cuerpo para luego pasar a la contracción muscular (frente, mejillas, mandíbula, cuello, brazos, pecho, abdomen, muslos, pantorrillas). Terminada la sesión se le pedirá que practique lo aprendido por lo menos dos veces al día, sobre todo en los momentos que sienta mayor ansiedad.
MATERIALES	Ninguno
DURACIÓN	40 minutos

SESIÓN 6	AUTOIMAGEN
OBJETIVO	Lograr un mejor autoconcepto en la paciente

DESARROLLO	Se le pedirá completar la hoja “autoconcepto” con toda la información que pueda sobre sí misma, respondiendo a la pregunta ¿Cómo soy en...? en base a las 5 áreas: laboral; familiar; emocional; social y físico. Una vez completo, se comentará sobre lo escrito, reforzando aquello positivo que destaca y preguntarle cómo se siente con aquello que considera negativo, qué consecuencias le trae, apoyarle y explicarle que todos tenemos fortalezas y debilidades y que estas se pueden modificar “lo iremos trabajando durante todo el proceso, ahora queremos hacerlo consciente y aceptarlo”.
MATERIALES	Hoja “autoconcepto”
DURACIÓN	40 minutos

ÁREAS	AUTOCONCEPTO
	¿CÓMO SOY EN...?
LABORAL	
FAMILIAR	
EMOCIONAL	
SOCIAL	
FÍSICO	

SESIÓN 7	DELIMITACIÓN DE METAS
OBJETIVO	Lograr que la paciente sea consciente de sus actos, estableciendo metas a corto, mediano y largo plazo, de tal forma que se vaya desarrollando un sentido de independencia en base a sus responsabilidades.
DESARROLLO	<p>Se dará una breve introducción al significado de metas y responsabilidades.</p> <p>Se le pedirá que escriba en una hoja de papel lo que ella entiende por metas y que metas tiene en mente a corto, mediano y largo plazo.</p> <p>Terminado ello se procederá a leer lo escrito y se le invitará a reflexionar sobre tres preguntas ¿por qué esa meta es importante para mí? ¿cómo lo lograré? ¿para qué lo haré? ¿Qué haré en caso algo me impida realizarla?</p>
MATERIALES	Hojas bond
DURACIÓN	40 minutos

SESIÓN 8 y 9	INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS Y
OBJETIVO	Que la paciente aprenda una serie de habilidades y estrategias de conducta, haciendo hincapié en el desarrollo de la inteligencia emocional y asertividad que la ayudarán a resolver una situación social de manera efectiva.

DESARROLLO	<p>En base a lo aprendido anteriormente, se comenzará explicando a la paciente la importancia del desarrollo de la inteligencia emocional para resolver conflictos, luego se pasará a desarrollar los siguientes ejercicios:</p> <p>Tomar conciencia de la situación: Se le pedirá que recuerde algún hecho o situación problema de tal forma que logre identificar los estímulos externos (que hay en el medio que generan emociones). Identificar los estímulos internos (ideas o pensamientos que generan emoción).</p> <p>Identificar el tipo de emoción: sensaciones de: disgustos, molestias, agrado, desagrado: Definir la emoción o sentimiento. Distinguir la emoción o sentimiento de otras sensaciones</p> <p>Identificar la razón de ser de la sensación o emoción: Cuál es la razón de la experiencia emocional. Aceptarlas, vivirlas, asimilarlas, afrontarlas.</p> <p>Detectar el tipo de pensamiento generado: Racionales (ajustados a la realidad) e Irracionales, buscando detectar: Polarizaciones (es negro o blanco), Sobre generalización (siempre es así), Visión catastrófica (me va a salir mal), Mágico: (si adelgazo seré feliz)</p> <p>Luego se pasará a reorientar el pensamiento de manera racional y realista.</p> <p>Finalizada la sesión se le pedirá poner en práctica lo aprendido, llevando un registro de situaciones problemáticas a los que se tenga que enfrentar.</p>
MATERIALES	Hoja de registro
DURACIÓN	40 minutos

Problema	
¿Qué debo hacer?	
¿Cómo?	
¿Con qué?	
¿Cuándo?	

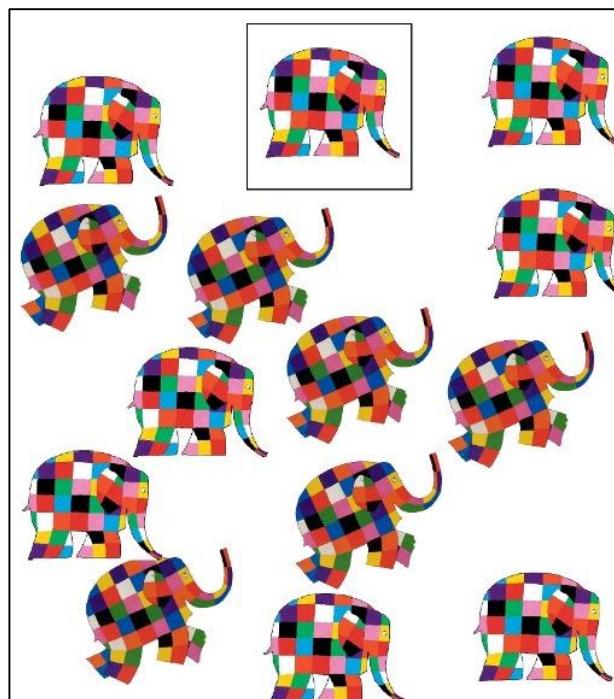
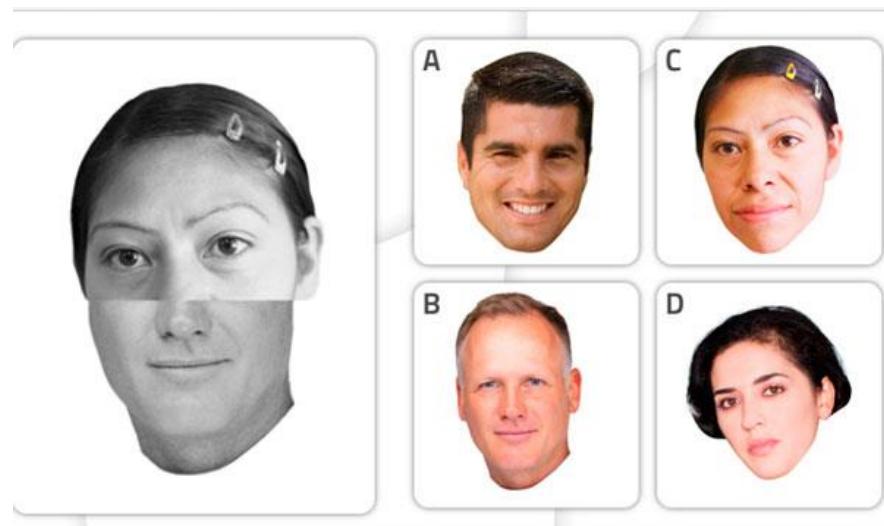
SESIÓN 10 y 11	ESTIMULACION COGNITIVA: MEMORIA
OBJETIVO	Ejercitar los diferentes tipos y procesos de la memoria.
DESARROLLO	<p>Se le presentará tareas de repetición inmediata donde tendrá que repetir oralmente y de forma inmediata: dígitos, palabras, datos biográficos.</p> <p>Tareas de recuerdo diferido: se le presentará pares de palabras y luego se le dirá la primera palabra y tendrá que decir la segunda palabra.</p> <p>Tareas de reconocimiento, se utilizará cartas, las mismas que estarán boca abajo y deberá encontrar las parejas.</p> <p>Tareas de recuerdo sobre hechos remotos: se le pedirá que haga relatos personales y se estimulará el recuerdo de datos biográficos.</p>
MATERIALES	Hojas de estímulos
DURACIÓN	40 minutos

Cinta – Archivero – Martillo – Llave –
 Tiburón – Baúl – Lagartija – Cama –
 Sofá – Ballena – Calamar – Cangrejo
 – Escritorio – Sillón – Camaleón –
 Perro – Caballo – Librero – Sierra –
 Perico – Mecedora – Silla – Gorila –
 Desarmador – Mazo – Taladro –
 Mono – Chimpancé

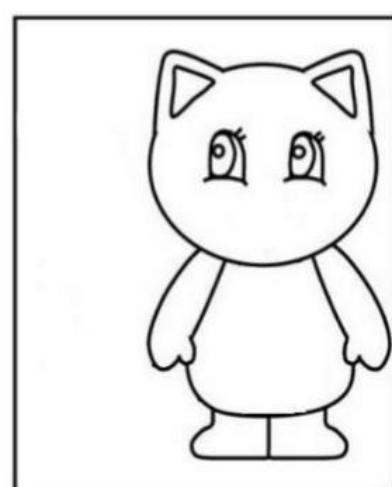
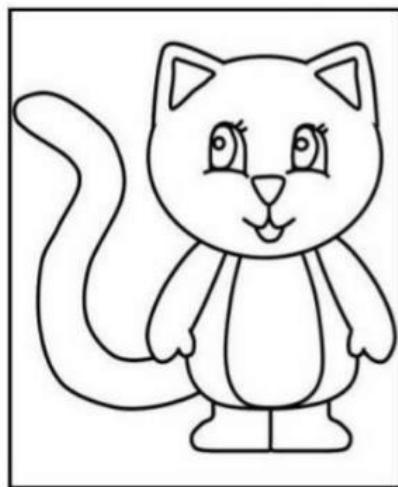


SESIÓN 12 y 13	ESTIMULACION COGNITIVA: PRAXIAS Y GNOSIAS
OBJETIVOS	Ejercitar la discriminación y percepción visual, auditiva y táctil. Favorecer la organización visoespacial y habilidades visoconstructivas.

DESARROLLO	<p>Se le presentará tareas de discriminación visual. Se le pedirá que reconozca y señale tachando en la hoja de papel los diferentes estímulos que se indiquen: números, letras o formas.</p> <p>Tareas de identificación y reconocimiento de imágenes. Se le pedirá buscar e identificar una imagen concreta dentro de un conjunto de imágenes y encontrar diferencias en dibujos semejantes.</p> <p>Tareas de reconocimiento de rostros. Reconocer rostros familiares o de personajes famosos.</p> <p>Reconocimiento táctil, se le pedirá que reconozca superficies/formas/objetos a través del tacto.</p> <p>Reconocimiento auditivo. Identificar y reconocer sonidos (animales, de la naturaleza, artificiales, etc.).</p> <p>Se le presentará tareas de dibujo donde se le pedirá que copie figuras con un modelo presente y completar dibujos o figuras simétricos.</p> <p>Tareas de construcción de modelos, tendrá que reproducir modelos con figuras de madera, figuras de cartón, palillos o cubos.</p> <p>Ejecución de órdenes, deberá ejecutar órdenes simples y complejas solicitadas o leídas.</p> <p>Gestos y mimica, se le pedirá realizar acciones asociadas con objetos presentes o imaginarios.</p>
MATERIALES	Hojas de estímulos
DURACIÓN	40 minutos

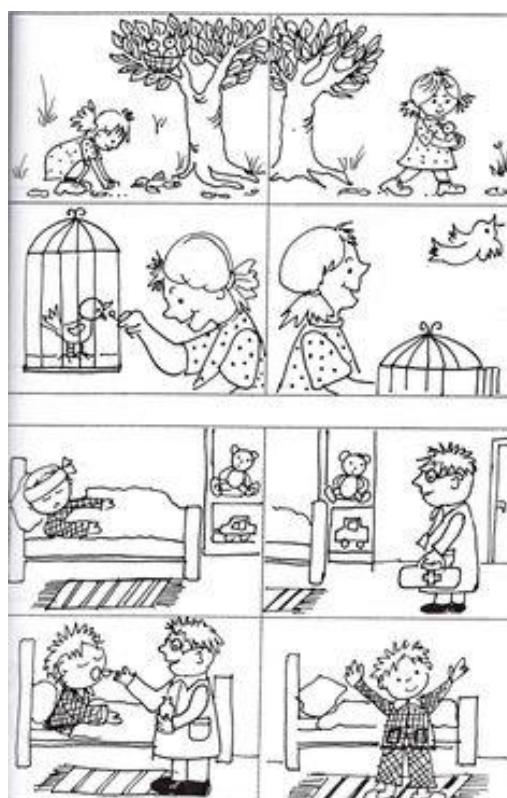


1	2	3	4	5	6	7	8	9	0



SESIÓN 14 y 15	ESTIMULACION COGNITIVA: FUNCIONES EJECUTIVAS
OBJETIVO	<p>Favorecer la capacidad de concentración.</p> <p>Ejercitar la capacidad de planificación, secuenciación e inhibición de conductas inadecuadas.</p> <p>Favorecer la reversibilidad y flexibilidad cognitiva.</p>
DESARROLLO	<p>Se le presentará tareas de ordenación y seguir series, se le pedirá que ordene elementos de acuerdo a un orden temporal o establecido.</p> <p>Después, se le presentará tareas de ordenación inversa, donde deberá seguir automáticas inversas, por ejemplo, deletrear palabras en orden inverso.</p> <p>Seguidamente, se le solicitará una respuesta específica asociada a un único estímulo ante una emisión estimular variada, por ejemplo, dar una palmada cada vez que se oiga la letra A.</p> <p>Y para terminar se le darán tareas de clave de números, se le pedirá asociar números o colores a diferentes símbolos gráficos, siguiendo una clave propuesta.</p>
MATERIALES	Hojas de estímulos
DURACIÓN	40 minutos

**AMARILLO ROJO NARANJA
VERDE NEGRO AZUL
PURPURA AMARILLO ROJO
NARANJA VERDE NEGRO
ROJO AZUL PURPURA
VERDE AZUL NARANJA**



SESIÓN 16	CIERRE Y MOTIVACIÓN
OBJETIVO	Hacer un recuento de todos los cambios que haya logrado la paciente.
DESARROLLO	Se busca aquí generar un auto-monitoreo del propio paciente; se brindará alcances sobre los cambios y logros obtenidos, así como los conocimientos y habilidades adquiridas, resaltando la

	importancia de que todo ello sea puesto en práctica diariamente para evitar en la medida de lo posible futuras recaídas.
MATERIALES	Ninguno
DURACIÓN	40 minutos

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El plan se desarrollará a lo largo de 16 sesiones de 40 minutos aproximadamente cada una, las sesiones se llevarán a cabo una o dos veces a la semana, y dependiendo de los progresos de la paciente se verá por conveniente continuar con la estructura del plan o modificarlo. Aproximadamente la psicoterapia se llevará a cabo en un tiempo de 5 meses, tomando en cuenta que algunas sesiones tengan que repetirse.

VI. AVANCES PSICOTERAPÉUTICOS

Se logró que la paciente sea consciente de las dificultades que involucran el problema que tiene, desarrollando en ella una actitud de compromiso frente al cambio que debe realizar en su vida, logrando modificar algunos pensamientos distorsionados que le impedían enfrentar adecuadamente situaciones estresantes. Se tuvo que descontinuar el desarrollo del plan, dado que la paciente fue dada de alta del hospital.

Arequipa, 28 de agosto del 2018

Jhoselynn Yeimy Rodríguez Silva

Bachiller en Psicología

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
 EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL
 Versión Mexicana 7.3. Versión Alterna

NOMBRE: _____
 Nivel de estudios: _____ Fecha de nacimiento: 03/02/59
 Sexo: _____ Fecha: 21/08/2008

VISOESPACIAL/EJECUTIVA		Copiar el cilindro	Dibujar un Reloj (Nueve y diez) (3 puntos)			Puntos																					
			[] Contorno	[] Números	[] Agujas	4/5																					
DENOMINACIÓN																											
MEMORIA <small>Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.</small> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>TREN</td> <td>HUEVO</td> <td>SOMBRENO</td> <td>SILLA</td> <td>AZUL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1º intento</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>Sin puntos</td> </tr> <tr> <td>2º intento</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>sombriña</td> <td></td> <td>3</td> <td></td> </tr> </table>								TREN	HUEVO	SOMBRENO	SILLA	AZUL		1º intento	1	3	2	4	5	Sin puntos	2º intento	1	3	sombriña		3	
	TREN	HUEVO	SOMBRENO	SILLA	AZUL																						
1º intento	1	3	2	4	5	Sin puntos																					
2º intento	1	3	sombriña		3																						
ATENCIÓN <small>Lea la serie de números (1 número/seg.)</small>																											
El paciente debe repetirla: [] 5 4 1 8 7 El paciente debe repetirla a la inversa. [x] 1 7 4																											
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [√] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAJAMOFAAB																											
Restar de 7 en 7 empezando desde 80 [√] 73 [√] 66 [√] 59 [√] 52 [√] 45 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos																											
LENGUAJE <small>Repetir: Ella escuchó que el abogado de él fue el primero en demandar después del accidente [√]. Las niñas que recibieron demasiados dulces tuvieron dolores de estómago [x].</small>																											
Fluidez del lenguaje. Dicir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "M" en 1 min. [] 11 (N \geq 11 palabras)																											
ABSTRACCIÓN <small>Similitud entre p. ej. plátano – naranja= fruta [√] ojo – oído [√] trompeta – piano</small>																											
RECUERDO DIFERIDO <small>Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS</small> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>TREN</td> <td>HUEVO</td> <td>SOMBRENO</td> <td>SILLA</td> <td>AZUL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIN PISTAS</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td></td> </tr> </table>								TREN	HUEVO	SOMBRENO	SILLA	AZUL		SIN PISTAS	[]	[]	[]	[]	[]								
	TREN	HUEVO	SOMBRENO	SILLA	AZUL																						
SIN PISTAS	[]	[]	[]	[]	[]																						
<small>Optativo</small> <table border="1"> <tr> <td>Pista de categoría</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pista elección múltiple</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							Pista de categoría							Pista elección múltiple													
Pista de categoría																											
Pista elección múltiple																											
ORIENTACIÓN <small>[√] Día del mes (fecha) [√] Mes [√] Año [√] Día de la semana [√] Lugar [√] Ciudad</small>																											
Adaptación: L. Ledesma PhD. © Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Administrado por: _____																											
Normal \geq 26 / 30 TOTAL 26 / 30 <small>Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios</small>																											



MÁS SALUD PARA MÁS PERUANOS
HOSPITAL NACIONAL DEL SUR
DIVISIÓN DE SISTEMA NERVIOSO
ÁREA DE PSIQUIATRÍA

UNIDAD DE PSICOLOGÍA

TEST DE MEMORIA AUDITIVA (PALABRAS DE REY)

H.C. No.: _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ EDAD: 56 a
 SEXO: F GRADO DE INSTRUCCIÓN: Técnico en enfermería LATERALIDAD: Diestra
 PROCEDENCIA: Arequipa EXAMINADOR: _____ FECHA: 17/06/18

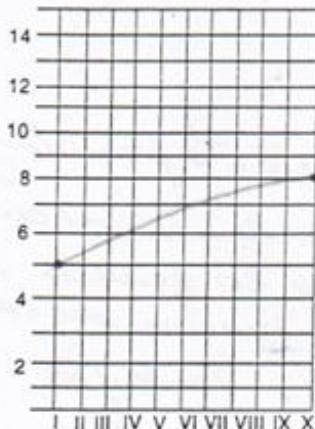
Quince palabras comunes son leídas diez veces al examinado, siguiéndose una evocación a cada lectura. Al final de la prueba se lee una historia que contiene todas las palabras presentadas en la lista, las cuales deben ser reconocidas por el sujeto. Se estudia el número de palabras repetidas en cada evocación y se traza una curva de aprendizaje.

Se valora también el número de repeticiones necesarias para aprender la lista completa y el número de palabras evocadas correctamente.

MEMORIZACIÓN DE SERIES DE 10 PALABRAS EN 10 REPETICIONES

PALABRAS/ENSAYOS	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	12 ^a
1. MESA	1	2	4	5	3	4	5	4	3	2	1
2. LECCION		3		4	4	5	5	6	7	6	
3. VIDA											
4. CLASE											
5. LLAMAS					8	6	4		5	3	
6. PASTOR							1				
7. GORRION	5	4	13	6	5	3	6	2		4	5
8. TORRE									5	3	6
9. PUENTE	4	5			6			8		4	2
10. BARCO	6	5							7		
11. GAFAS	8			8				6			
12. PIPA					1	2	3		2	3	
13. GORRA	2	7		3	3	9		2	3		
14. PATIO	3		2	2	2	4	3		3		1
15. PECES	1	1	1		1	1		1	1		
TOTAL											
	Verbos				Cosas	Juguetes	Animales		Faro		

CURVA DE APRENDIZAJE



Memoria a corto plazo: 7/15 preservó intrusión 3
 a largo plazo: 7/15
 semántica: 15/15

HISTORIA.

La clase estaba en silencio. El maestro se aproximó a la mesa, que servía de pupitre, para leer la lección. El tema era "La vida en los andes durante el verano". En el libro los niños vieron un grupo de llamas, que bajó los ojos vigilantes de un pastor, pasteaban apaciblemente. A un lado, un campesino observaba a un gorrón que volaba hacia el campanario de una torre, situada en la plaza de un pueblo. Una vez terminada la lección y el maestro quitándose las gafas anuncio el recreo.

Llenó su pipa que parecía apagarse y se puso la gorra.

Antes de salir al patio, para reunirse con sus colegas borró la pizarra, que aún tenía los dibujos del día anterior: peces que saltaban asustados sobre el puente de un barco en el mar agitado.

RECORDO: 25 items
NO RECORDO: _____ items

OBSERVACIONES:

CONCLUSIONES:

* MVGM

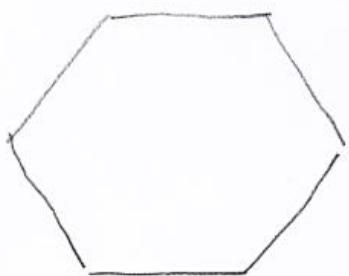
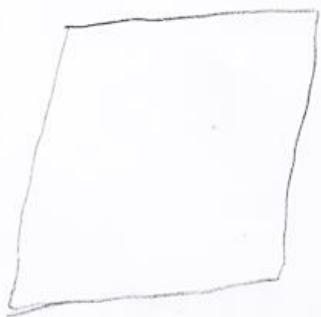
Don

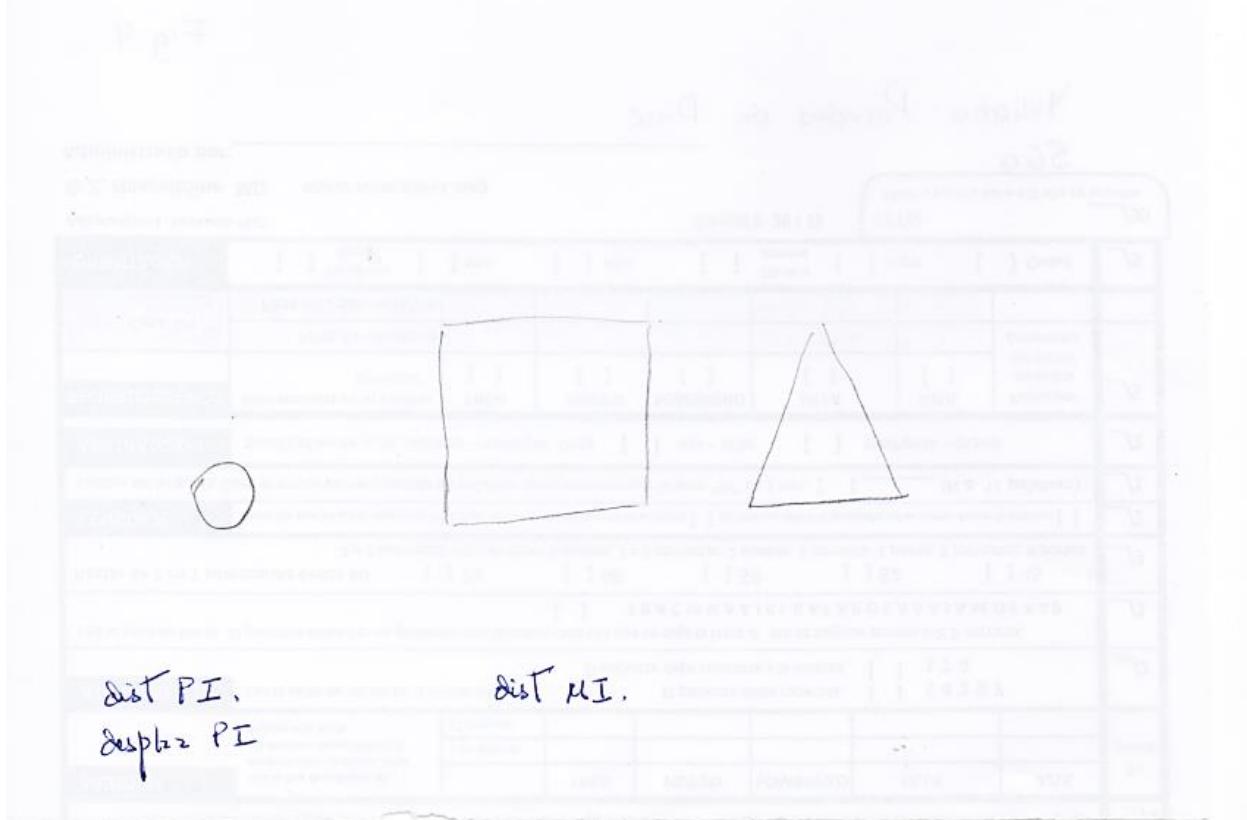
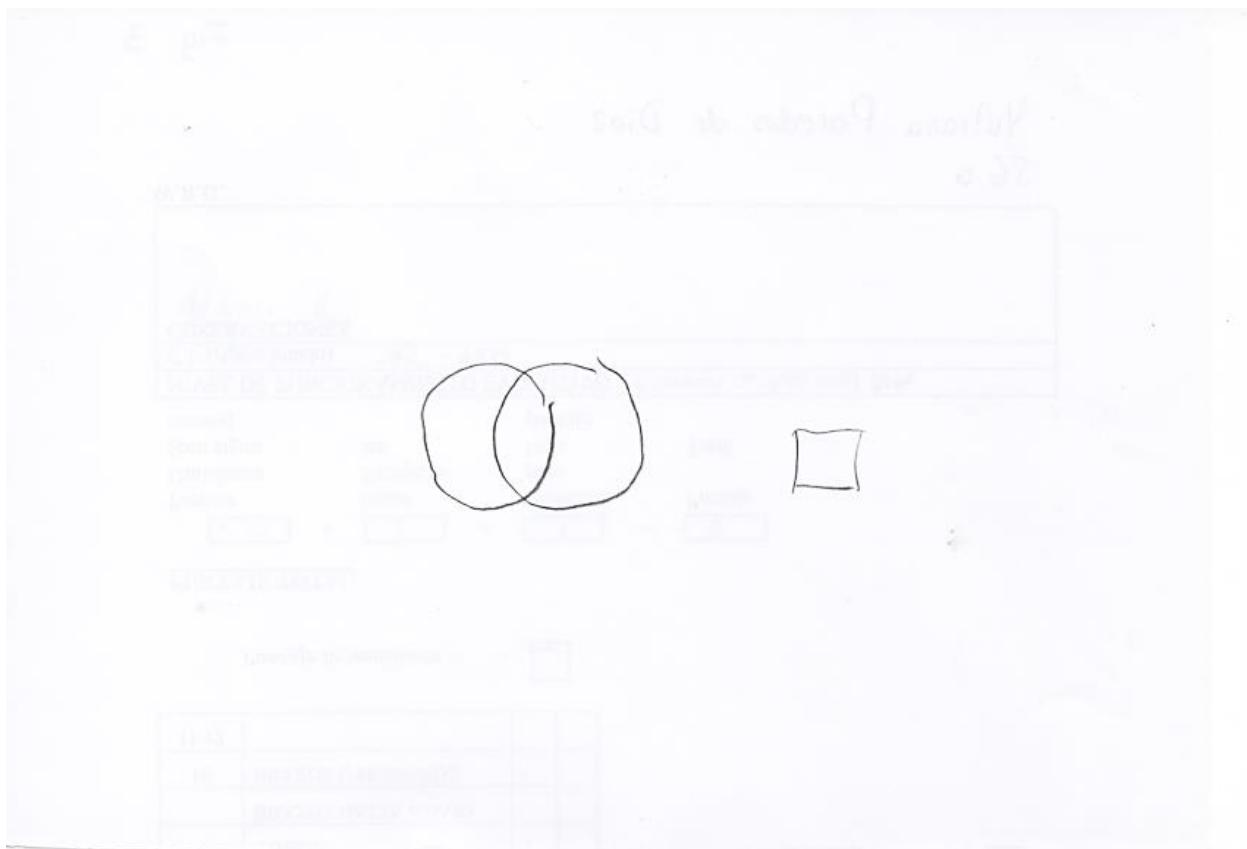
Arequipa 18 de Agosto 2018.

Hector Díaz Paredes
Ciudad.

Te saludo atentamente lo presente y te
digo que te espero informarte que recibí el dinero
correspondiente a los alumnos ~~de~~ los gemelos no
que hice sacar el día ~~de~~ bancos del banco.
Te pregunto que hizo sacar el día ~~de~~ bancos del banco.
Cuidate y sigue trabajando por tus hijos.
Te quiero mucho Tu mamá

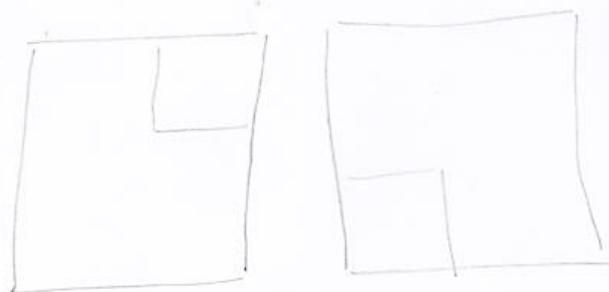
J. Ely.







desphaz PI,



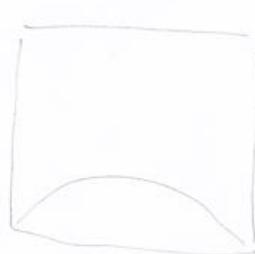
desphaz PD.



dist NI

series MD.

desphz PD.



not NI

desphz PD.

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz Guerrero

SXE

Nombre:

Fecha:

21/08/18

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	①	②	③	④
2. Me siento seguro	①	②	③	④
3. Estoy tenso	①	②	③	④
4. Estoy contrariado	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado	①	②	③	④
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado	①	②	③	④
9. Me siento ansioso	①	②	③	④
10. Me siento cómodo	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo	①	②	③	④
12. Me siento nervioso	①	②	③	④
13. Me siento agitado	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho	①	②	③	④
17. Estoy preocupado	①	②	③	④
18. Me siento muy excitado y aturdido	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

C-45015392

RP - RN = 50 - AE

26 - 27 = 50 - BE

49 - AE

Ansiedad Alta

IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente **generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente **generalmente**.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mi mismo	①	②	③	④
33. Me siento seguro	①	②	③	④
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	①	②	③	④

$$RP - RN + 35 = DR$$

$$42 - 13 + 35 = DR$$

$$64 = DR$$

Ansiedad Alterada

HOSPITAL NACIONAL DEL SUR - AREQUIPA

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Nombre:

Edad: 56 a

Nº Seg.:

Fecha examen:

Instrucciones: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Lea con atención cada uno de ellos; luego señale cuál de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido; puede elegir más de una afirmación si considera aplicable a su caso. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

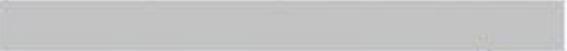
1. 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste.
 ② Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 3 Ne siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
 1 Me siento desanimado de cara al futuro.
 2 Siento que no hay nada porque luchar.
 ③ El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. 0 No me siento como un fracasado.
 1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
 ② Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
 3 Soy un fracasado total como persona.
4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
 ③ Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.
5. 0 No me siento especialmente culpable.
 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 ③ Me siento culpable constantemente.
6. 0 No creo que esté siendo castigado.
 1 Siento que quizás esté siendo castigado.
 2 Espero ser castigado.
 ③ Siento que estoy siendo castigado.
7. 0 No estoy descontento de mí mismo.
 1 Estoy descontento de mí mismo.
 ② Estoy a disgusto conmigo mismo.
 3 Me detesto.
8. 0 No me considero peor que cualquier otro.
 1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
 ② Continuamente me culpo por mis faltas.
 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

ya es diferente

9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 ① A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
 2 Desearía poner fin a mi vida.
 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
10. 0 No lloro más de lo normal.
 1 Ahora lloro más que antes.
 2 Lloro continuamente.
 ③ No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
11. 0 No estoy especialmente irritado.
 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 2 Me siento irritado continuamente.
 3 Ahora me irritan por completo cosas que antes no me molestaban.
12. 0 No he perdido el interés por los demás.
 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 ② He perdido gran parte del interés por los demás.
 3 He perdido todo interés por los demás.
13. 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.
 1 Evito tomar decisiones más que antes.
 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 3 Me es imposible tomar decisiones.
14. 0 No creo tener peor aspecto que antes.
 1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
 2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
 3 Creo que tengo un aspecto horrible.
15. 0 Trabajo igual que antes.
 ① Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
 2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
 3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
16. 0 Duermo tan bien como siempre.
 ① No duermo tan bien como antes.
 ② Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.
17. 0 No me siento más cansado de lo normal.
 1 Me canso más que antes.
 ② Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. 0 Mi apetito no ha disminuido.
 1 No tengo tan buen apetito como antes.
 2 Ahora tengo mucho menor apetito.
 ③ He perdido completamente el apetito.

HOSPITAL NACIONAL DEL SUR - AREQUIPA**- 2 -**

19. 0 No he perdido peso últimamente.
1 He perdido más de dos kilos Estoy tratando intencionadamente
2 He perdido más de 4 kilos. de perder peso comiendo menos,
③ He perdido más de 7 kilos. Si.....No.....
X
20. 0 No estoy preocupado por mi salud.
1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de estómago o los catarros.
2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
③ Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
21. 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1 La relación sexual me atrae menos que antes.
② Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3 He perdido totalmente el interés sexual.

PUNTAJE: 41**INTERPRETACION:** 

HOJA DE RESPUESTAS - MILLON-II

Nombres y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Fecha de Evaluación:

Grado de Instrucción:

Edad: 56 aEstado Civil: Casada

Ocupación:

Evaluador:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	V	F
21	X	
22		X
23		X
24		X
25		X

	V	F

<tbl_r cells="3" ix="2" maxcspan="1" maxrspan="1" usedcols="3

