

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



**“DIFERENCIAS EN LA VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LA MUJER EN DOS
COMUNIDADES RURALES DE LA PROVINCIA DE CAYLLOMA - AREQUIPA”**

Tesis presentada por las Bachilleres:

**SOLEDAD YAJO CACERES
LIZETH NARDA MEDINA YTO**

Para optar el título profesional de Psicólogas

Asesora: Dra. Lucia Milagros Denegri Solís

AREQUIPA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios, por su infinito amor. A nuestras familias por su amor, por brindarnos su apoyo incondicional, por ser el pilar de nuestras vidas y por estar siempre en los buenos y malos momentos.

AGRADECIMIENTO

A Dios por sus infinitas bendiciones. A todas las personas que nos apoyaron a lo largo de esta investigación e hicieron posible este trabajo. Así también, a la Escuela Profesional de Psicología por sus enseñanzas a lo largo de nuestra formación profesional.

PRESENTACIÓN

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

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RR.II. Y CS. DE LA COMUNICACIÓN.

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA.

PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR.

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR.

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de tesis titulado: “Diferencias en la violencia de pareja contra la mujer en dos comunidades rurales de la provincia de Caylloma - Arequipa”, el mismo que tras su revisión y dictamen favorable, nos permitirá optar el Título Profesional de Psicólogas.

Arequipa, agosto del 2019

Bachilleres:

LIZETH NARDA MEDINA YTO

SOLEDAD YAJO CACERES

RESUMEN

La presente investigación se realizó motivada por la falta de datos sobre la violencia de pareja contra la mujer en comunidades rurales y tuvo como objetivo determinar las diferencias existentes en la violencia de pareja contra la mujer en dos comunidades rurales de la provincia de Caylloma – Arequipa. La investigación se enmarco dentro del enfoque cuantitativo; su diseño de investigación fue descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra seleccionada para el estudio estuvo constituida por 120 mujeres de la provincia de Caylloma: 60 de ellas provenientes del distrito de Tuti y 60 del distrito de Coporaque. Como instrumentos para la obtención de información se utilizaron unas fichas sociodemográficas de elaboración propia y la escala The Conflict Tactics Scale CTS – 2 validado en una muestra peruana por Arístides Vara en 1999 obteniendo un alpha de Cronbach de 0.93 para toda la escala. Con la aplicación de los instrumentos y el análisis de los datos a través del estadístico T de Student se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en la violencia global de pareja contra la mujer entre las comunidades de Coporaque y Tuti, sin embargo, en cuanto a los tipos de violencia física y psicológica se encontraron diferencias significativas en prevalencia y frecuencia siendo las mujeres del distrito de Coporaque las que presentan los mayores niveles de violencia, mientras que la violencia sexual y los daños presentan un nivel similar en ambos distritos.

Palabras clave: *violencia, violencia de pareja, violencia contra la mujer, rural.*

ABSTRACT

This research was conducted due to the lack of data on partner violence against women in rural communities and aimed to determine the differences in violence against women in two rural communities in the province of Caylloma - Arequipa. The research was framed within the quantitative approach; His research design was cross-sectional descriptive correlational. The sample selected for the study consisted of 120 women from the province of Caylloma: 60 of them from the Tuti district and 60 from the Coporaque district. As instruments for obtaining information, a sociodemographic record of their own was used and The Conflict Tactics Scale CTS - 2 scale validated in a Peruvian sample by Arístides Vara in 1999 obtaining a Cronbach's alpha of 0.93 for the whole scale. With the application of the instruments and the analysis of the data through the Student T statistic, it was found that there are no statistically significant differences in global violence against women between the communities of Coporaque and Tuti, however, in terms of The types of physical and psychological violence were found to be significant differences in prevalence and frequency, with women in the Coporaque district having the highest levels of violence, while sexual violence and harm had a similar level in both districts.

Keywords: *violence, partner violence, violence against women, rural.*

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
PRESENTACIÓN.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
ÍNDICE.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.1. Planteamiento del problema.....	4
1.2 Formulación del problema.....	7
1.3 Objetivos de la investigación.....	8
1.3.1 Objetivo general.....	8
1.3.2 Objetivos específicos.....	8
1.4 Hipótesis.....	8
1.5 Limitaciones.....	9
1.6 Definición de términos básicos.....	9
1.7 Variables.....	10
1.7.1 Identificación de variables.....	10
1.7.2 Operacionalización de variables.....	10
CAPÍTULO II.....	12
MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 Antecedentes de la investigación.....	12
2.2 Bases teóricas.....	17
2.2.1 Violencia de pareja contra la mujer.....	17
2.2.1.2 Clarificación terminológica de violencia.....	19
A. Violencia.....	19
B. Violencia interpersonal.....	20
C. Violencia intrafamiliar.....	21
D. Violencia de pareja.....	22
E. Violencia contra la mujer.....	23

F. Violencia de pareja contra la mujer.....	24
2.2.1.3 Tipos de la violencia de pareja contra la mujer.....	25
2.2.1.4 Causas y factores de riesgo de la violencia de pareja contra la mujer.....	26
2.2.1.5. Consecuencias de la violencia de pareja contra la mujer.....	29
2.2.1.6 Prevención de la violencia de pareja contra la mujer.....	32
2.2.1.7 Marco jurídico.....	33
2.2.2 Comunidad rural.....	35
2.2.2.1 Criterios para definir lo rural.....	35
2.2.2.2 Definición de rural.....	36
2.2.2.3 La mujer rural.....	37
2.2.2.4 Características de la mujer rural.....	38
2.2.2.5 Características generales de las comunidades de Tuti y Coporaque.....	39
A. Distrito de Coporaque.....	39
B. Distrito de Tuti.....	42
CAPÍTULO III.....	46
MARCO METODOLÓGICO.....	46
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	46
3.4. Población y muestra.....	47
3.4.1. Población.....	47
3.4.2. Muestra.....	47
Criterios de inclusión.....	47
Criterios de exclusión.....	47
3.4.3 Muestreo.....	48
3.5. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	48
3.6. Procedimiento.....	50
3.7. Análisis y procesamiento de la información.....	50
CAPITULO IV.....	51
ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	51
4.1 Análisis de resultados.....	51
4.2 Contrastación de Hipótesis.....	52
4.2.1 Prueba de Levene.....	52
4.2.2 Prueba T de Student para las muestras de las comunidades rurales de Coporaque y Tuti.....	53
4.3 Análisis Descriptivo.....	53
4.4 Análisis Sociodemográfico.....	73

4.4.1 Características Sociodemográficas de las mujeres de las comunidades rurales de Caylloma (Coporaque y Tuti).....	73
CAPÍTULO V.....	93
DISCUSIÓN.....	93
CONCLUSIONES.....	99
RECOMENDACIONES.....	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS.....	107
CASO CLÍNICO 1.....	113
ANAMNESIS.....	114
EXAMEN MENTAL.....	121
INFORME PSICOMÉTRICO.....	125
INFORME PSICOLÓGICO.....	129
PLAN PSICOTERAPÉUTICO.....	134
ANEXOS DE CASO CLÍNICO 1.....	145
CASO CLÍNICO 2.....	157
ANAMNESIS.....	158
EXAMEN MENTAL.....	166
INFORME PSICOMÉTRICO.....	171
INFORME PSICOLÓGICO.....	179
PLAN PSICOTERAPÉUTICO.....	184
ANEXOS CASO CLÍNICO 2.....	190

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1 Operacionalización de variables.....</i>	<i>10</i>
<i>Tabla 2 Prueba de Normalidad de la muestra.....</i>	<i>51</i>
<i>Tabla 3 Prueba de igualdad de varianzas de Levene.....</i>	<i>52</i>
<i>Tabla 4 Prueba T de Student para Lugar de Residencia y Violencia de Pareja.....</i>	<i>53</i>
<i>Tabla 5 Contingencia de lugar de residencia y negociación emocional.....</i>	<i>54</i>
<i>Tabla 6 Prueba T de Student de lugar de residencia y negociación emocional.....</i>	<i>55</i>
<i>Tabla 7 Contingencia de lugar de residencia y negociación cognitiva.....</i>	<i>56</i>
<i>Tabla 8 Prueba T de Student de lugar de residencia y negociación cognitiva.....</i>	<i>57</i>
<i>Tabla 9 Contingencia para lugar de residencia y violencia psicológica menor.....</i>	<i>58</i>
<i>Tabla 10 Prueba T de Student de lugar de residencia y violencia psicológica menor.....</i>	<i>59</i>
<i>Tabla 11 Contingencia de lugar de residencia y violencia psicológica severa.....</i>	<i>60</i>
<i>Tabla 12 Prueba T de Student de lugar de residencia y violencia psicológica severa.....</i>	<i>61</i>
<i>Tabla 13 Contingencia de lugar de residencia y violencia física menor.....</i>	<i>62</i>
<i>Tabla 14 Prueba T de Student de lugar de residencia y violencia física menor.....</i>	<i>63</i>
<i>Tabla 15 Contingencia de lugar de residencia y violencia física severa.....</i>	<i>64</i>
<i>Tabla 16 Prueba T de Student de lugar de residencia y violencia física severa.....</i>	<i>65</i>
<i>Tabla 17 Contingencia de lugar de residencia y coacción sexual menor.....</i>	<i>66</i>
<i>Tabla 18 Prueba T de Student de lugar de residencia y coacción sexual menor.....</i>	<i>67</i>
<i>Tabla 19 Contingencia de lugar de residencia y coacción sexual severa.....</i>	<i>68</i>
<i>Tabla 20 Prueba T de Student de lugar de residencia y coacción sexual severa.....</i>	<i>69</i>
<i>Tabla 21 Contingencia para lugar de residencia y daño menor.....</i>	<i>70</i>
<i>Tabla 22 Prueba T de Student de lugar de residencia y daño menor.....</i>	<i>71</i>
<i>Tabla 23 Contingencia de lugar de residencia y daño severo.....</i>	<i>72</i>
<i>Tabla 24 Prueba T de Student de lugar de residencia y daño severo.....</i>	<i>72</i>
<i>Tabla 25 Prueba T de Student para Grado de Instrucción.....</i>	<i>74</i>
<i>Tabla 26 Prueba T de Student para edad de mujeres.....</i>	<i>76</i>
<i>Tabla 27 Prueba T de Student para Ocupación.....</i>	<i>78</i>
<i>Tabla 28 Prueba T de Student para estado civil.....</i>	<i>80</i>
<i>Tabla 29 Prueba T de Student para Tiempo de Relación.....</i>	<i>82</i>
<i>Tabla 30 Prueba T de Student para número de hijos.....</i>	<i>84</i>
<i>Tabla 31 Prueba T de Student para problemas económicos y familiares.....</i>	<i>86</i>
<i>Tabla 32 Prueba T de Student para consumo de alcohol de pareja.....</i>	<i>88</i>
<i>Tabla 33 Prueba T de Student para víctima de violencia en la infancia y/o adolescencia.....</i>	<i>90</i>
<i>Tabla 34 Prueba T de Student para religión.....</i>	<i>92</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1 Porcentajes y Frecuencias del grado de Instrucción de mujeres de Coporaque y Tuti.....</i>	73
<i>Figura 2 Porcentajes y Frecuencias para edad de mujeres de Coporaque y Tuti.....</i>	75
<i>Figura 3 Porcentajes y Frecuencias para ocupación de mujeres de Coporaque y Tuti.....</i>	77
<i>Figura 4: Porcentajes y Frecuencias para estado civil de mujeres de Coporaque y Tuti.....</i>	79
<i>Figura 5: Porcentajes y Frecuencias para tiempo de relación de mujeres de Coporaque y Tuti.....</i>	81
<i>Figura 6 Porcentajes y Frecuencias para número de hijos de mujeres de Coporaque y Tuti, Fuente: creación propia (2019).....</i>	83
<i>Figura 7: Porcentajes y Frecuencias de problemas económicos de mujeres de Coporaque y Tuti.....</i>	85
<i>Figura 8: Porcentajes y Frecuencias consumo de alcohol de parejas de mujeres de Coporaque y Tuti.....</i>	87
<i>Figura 9: Porcentajes y Frecuencias de víctimas de violencia durante la niñez y/o adolescente de Coporaque y Tuti.....</i>	89
<i>Figura 10: Porcentajes y Frecuencias de religión de las mujeres de Coporaque y Tuti.....</i>	91

INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres es un problema complejo y de dimensiones incommensurables, pues es una flagrante violación de los derechos humanos que puede adquirir muchas formas y matices. En nuestro país más de la mitad de las mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia a lo largo de su vida. Tal es así, que la violencia contra la mujer infligida por su pareja es la forma de violencia más extendida y con mayor número de víctimas anualmente.

La Organización Mundial de la Salud reconoce la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública debido a sus graves consecuencias sobre la salud física, psicológica y social de las mujeres víctimas (García-Moreno, 1999). La violencia contra la mujer, además de ser un problema de salud pública, es un problema humano, social, legal y cultural, ya que, pese a que se considera una grave violación de los derechos humanos, en algunos casos se tolera, se subestima, se aborda superficialmente e incluso en ciertos sectores se acepta como parte del orden establecido.

En los últimos años múltiples investigaciones elaborados por diversos organismos, muestran que la región Arequipa tiene uno de los índices de violencia contra la mujer más elevados del país. En Arequipa, año tras año se reporta un elevado índice de violencia de contra la mujer, que incluye agresión física, sexual y psicológica. No obstante, hasta el

momento apenas han aparecido algunos estudios que analizan la violencia de pareja contra la mujer en las zonas rurales de la región y del resto del país.

Precisamente por ello, el presente estudio se enfoca en el tema de la violencia de pareja contra la mujer en dos comunidades rurales. A través de la aplicación de instrumentos se pretende identificar la prevalencia y frecuencia de los distintos tipos de violencia y poder así establecer diferencias entre las dos comunidades rurales además de describir las características sociodemográficas de las mujeres que viven en esta zona.

La investigación está conformada por cinco capítulos, en el primer capítulo se considera el problema de investigación, donde se describe y se plantea el problema general, luego se formulan los objetivos, así como la hipótesis y las limitaciones del estudio. Asimismo, se presenta la operacionalización de las variables y la definición de los términos principales. El segundo capítulo está dedicado a conocer las principales nociones teóricas de la violencia de pareja contra la mujer y la ruralidad, además se presentan los antecedentes de la investigación. El tercer capítulo abarca la metodología donde se aborda el tipo, diseño y método de investigación, así como la descripción de la muestra, criterios de selección, instrumentos, procedimientos y procesamiento de la información.

En el cuarto capítulo, se da a conocer los resultados descriptivos a los que se llegó tras el procesamiento de los datos de la investigación, así como la aceptación o el rechazo de la hipótesis planteada. En el quinto capítulo se explica la discusión, donde se argumenta a favor o en contra de los resultados encontrados con otras investigaciones a nivel internacional, nacional y local.

Finalmente, se dan conocer las conclusiones del estudio, las cuales son la respuesta a los objetivos planteados inicialmente, asimismo se plantean las recomendaciones que apuntan a sugerir mejoras para futuros estudios; y se termina con la presentación de la bibliografía consultada, así como los anexos.

Por lo expuesto, se deja la presente investigación para que tanto los estudiantes, docentes y otros profesionales puedan continuar con la misma o diferente línea de investigación, que permitan profundizar en los resultados alcanzados, a fin de contribuir en el estudio del extendido problema de la violencia contra la mujer.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La violencia de pareja en contra de la mujer se ha convertido en un problema social y de salud pública bastante complejo (OMS, 2002); con importantes consecuencias negativas para las mujeres, sus familias y el Estado. La violencia contra las mujeres es un problema de todos los países, atraviesa todas las culturas, clases sociales, niveles educativos, grupos económicos y étnicos (UNICEF, 2000). Por lo que repercute en la calidad de vida y afecta el desarrollo de las personas que la padecen. Se trata de la principal causa de muerte en mujeres de entre 15 y 44 años y se estima que en el mundo 7 de cada 10 mujeres sufre o sufrirá algún tipo de violencia en algún momento de su vida (OMS, 2016).

Las estimaciones mundiales publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013 indican que alrededor de una de cada tres mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de sus vidas. Los cuales, en su mayor parte, se tratan de casos de violencia conyugal. Asimismo, estos estudios señalan que casi un tercio de todas las mujeres que han tenido una relación de pareja han sufrido violencia física o sexual por parte de su esposo o pareja; específicamente el 38% de los feminicidios que se cometan en el mundo son perpetrados por la pareja (OMS, 2013). De forma similar, las encuestas realizadas en América Latina entre los años 2003 y

2009 evidencian que la violencia contra las mujeres, por parte de su compañero íntimo, está generalizada en toda la región. Es así que de acuerdo a investigaciones realizadas 7 de cada 10 mujeres en Bolivia y Perú han sido víctimas de violencia mientras mantenían una relación de pareja (INE, 2017; INEI, 2016), 6 de cada 10 mujeres en Ecuador (INEC, 2012) y 2 de cada 10 mujeres en Paraguay (MINMUJER, 2013), produciéndoles daños físicos y emocionales, social o laboral. En este contexto el Perú se ubica como el segundo país en Latinoamérica con mayor porcentaje (36.4%) de mujeres que informaron violencia física o sexual por parte de una pareja en el medio rural (Bott et al., 2013).

Asimismo, según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2017, el 65.9% de las mujeres de 15 a 49 años de edad, fueron víctimas de violencia ejercida alguna vez por el esposo o compañero; registrándose una disminución de 2.8 puntos porcentuales al compararlo con el año 2016 y en 8.7 puntos porcentuales con los datos del 2012. Cabe resaltar que la forma más frecuente de violencia contra la mujer por parte de su pareja fue la psicológica (61.5%), seguida de la física (30.6%); mientras que el 6.5% restante fueron casos de violencia sexual (INEI, 2017).

En cuanto a la región Arequipa, según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2016) se han apreciado avances y retrocesos en cuanto a la reducción de la prevalencia violencia familiar hacia las mujeres alguna vez unidas a una pareja. Es así que en el año 2012 se tuvo una prevalencia de 66.4% de casos, el cual se incrementó hasta un 82.6% de casos en el año 2015. Sin embargo, en el año 2016 la prevalencia disminuyó a un 73.3% de casos; aunque esta fue superior a la media nacional por un 5.1%. El tipo de violencia más frecuente encontrado en nuestra región fue la psicológica (70.1%), seguido de la física (38.3%) y la sexual (10.7%). En el mismo sentido, el informe del Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público refiere que Arequipa es la tercera región del país con más feminicidios en el periodo comprendido entre enero del 2009 y junio

del 2018, con 69 víctimas; solo superada por Lima y Junín, con 334 y 90 asesinatos de mujeres, respectivamente (Ministerio Público del Perú, 2018).

La etiología de la violencia contra la mujer es compleja y multifactorial, es así que las posibles causas pueden estar ligadas a: las actitudes socioculturales (desigualdades de género), condiciones sociales, relaciones conyugales, conflictos familiares, trastornos psicopatológicos, abuso de alcohol y drogas y los aspectos biográficos como personalidad, historia de abusos y de violencia en la familia de origen (Gonzales & Pineda, 2008). Algunas investigaciones consideran como factores de riesgo de violencia: haber vivido en un entorno doméstico violento o contar con un historial de violencia en la niñez, pertenecer a estratos socioeconómicos bajos y una estructura familiar disfuncional (Cerellino, 2014). Estos factores, encontrados en la mayoría de los estudios antes mencionados tienen una gran influencia en el hombre y la mujer, relacionándose tanto con la violencia de pareja como con la violencia hacia los hijos (Knnoester & Haynie, 2005, Jouriles et al., 2008 Gage & Silvestre, 2010, INEI, 2012, Pliego, 2012). Asimismo, según datos de la ENDES del año 2000, se encontró que el consumo de alcohol del esposo era la variable que mostró mayor nivel de asociación con la presencia de violencia psicológica y frecuencia de violencia física en el Perú (INEI, 2000).

El fenómeno de la violencia de pareja contra la mujer no es exclusivo del medio urbano, sino que también aqueja al medio rural. Al respecto, de acuerdo a un estudio realizado en el 2016, el 67.5 % de las mujeres que viven en zonas rurales alguna vez sufrieron algún tipo de violencia (INEI, 2016). Estas cifras son aún más alarmantes considerando que muy pocas mujeres víctimas de violencia de género buscan ayuda y que incluso un 40% de mujeres que vive en áreas rurales que denuncio ser víctima de violencia familiar no volvería a acudir a ningún espacio del sistema ordinario, así fueran víctimas de nuevas situaciones de violencia de género (Programa Regional ComVoMujer, 2012).

La provincia de Caylloma no es ajena al tema de la violencia contra la mujer por parte de su pareja, tal es así que en el año 2015 la comisaría rural de Chivay (jurisdicción a la que pertenecen los distritos de Tuti y Coporaque), reportó 117 casos de violencia familiar, de estos, 110 corresponden a maltrato a mujeres, de diferentes edades. Lo más lamentable es que los casos solo quedan en denuncias, ya que las víctimas se retractan y no continúan con el proceso (Diario Correo, 2015). Asimismo, según los registros oficiales del Centro Emergencia Mujer de Chivay se atendieron durante el año 2016 un total de 123 casos de violencia familiar y sexual de los cuales el 92.7% las víctimas eran mujeres (Municipalidad Provincial de Caylloma, 2016). De la misma forma, una investigación realizada en 2008 encontró que en la provincia de Caylloma la prevalencia de violencia psicológica es del 63.5%, la violencia física es del 57% y la sexual del 16.5% (Chama, 2008). En el mismo sentido, el Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público señala que, entre el 2009 y el 2018, en Caylloma se presentaron 8 casos de feminicidio, siendo superada a nivel regional solo por la provincia de Arequipa con 48 casos de este tipo (Diario la República, 2018).

Teniendo en cuenta la relevancia social, cultural, económica e investigativa del tema; junto a la carencia de investigaciones sobre violencia contra la mujer en medios rurales, es que nos planteamos realizar la presente investigación en los distritos de Coporaque y Tuti pertenecientes a la provincia de Caylloma, departamento de Arequipa.

Vemos la necesidad de obtener información y comprender la relación y diferencias en la violencia contra la mujer entre las comunidades rurales de Coporaque y Tuti en la provincia de Caylloma – Arequipa.

1.2 Formulación del problema

Por todo lo mencionado anteriormente y debido a la problemática encontrada es que a través de la presente investigación pretendemos responder a la siguiente interrogante:

¿Existen diferencias estadísticamente significativas en la violencia de pareja contra la mujer entre las dos comunidades rurales de la provincia de Caylloma – Arequipa?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar las diferencias existentes en la violencia de pareja contra la mujer en el último año en dos comunidades rurales de la provincia de Caylloma – Arequipa.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar la prevalencia de la violencia física de pareja contra la mujer en el último año en dos comunidades rurales de la provincia de Caylloma – Arequipa.
- b) Identificar la prevalencia de la violencia psicológica de pareja contra la mujer en el último año en dos comunidades rurales de la provincia de Caylloma – Arequipa.
- c) Identificar la prevalencia de la violencia sexual de pareja contra la mujer en el último año en dos comunidades rurales de la provincia de Caylloma – Arequipa.
- d) Comparar la violencia de pareja contra la mujer en el último año en dos comunidades rurales de la provincia de Caylloma – Arequipa.
- e) Describir las características sociodemográficas de mujeres de dos comunidades rurales de la provincia de Caylloma – Arequipa.

1.4 Hipótesis

H_1 : Existen diferencias estadísticamente significativas en la violencia de pareja contra la mujer en el último año entre las dos comunidades rurales evaluadas en la provincia de Caylloma – Arequipa.

1.5 Limitaciones

A nivel general las investigaciones no están libres de situaciones que dificulten la ejecución, es así que entre las limitantes de la presente investigación podemos considerar el tipo de muestreo y la peculiaridad de la población estudiada la cual dificulta la generalización de los resultados. Otra de las limitantes halladas es la dificultad de acceso a la muestra debido a que no se consideró que una parte de las encuestadas emplean el idioma quechua para comunicarse. Asimismo, otra limitante de la investigación que debemos considerar es el hecho de que no se consideró la religión de los encuestados de una de las comunidades. Como ultima limitación tenemos el diseño de la investigación utilizada, el cual permite establecer relaciones solamente entre las variables de estudio.

1.6 Definición de términos básicos

A. Violencia de pareja contra la mujer

Según la Organización Mundial de la Salud OMS, 2014 la violencia infligida por la pareja es una de las formas más comunes de violencia contra la mujer e incluye maltrato físico, sexual o emocional y comportamientos controladores por un compañero íntimo.

B. Comunidad rural

Se conoce como comunidad rural al pueblo que se desarrolla en el campo y alejado de los cascos urbanos. El concepto puede hacer referencia tanto al pueblo en sí mismo como a la gente que habita en dicha localidad (Pérez y Gardey, 2010).

C. Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas son aquellos aspectos relacionados con datos tales como edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, trabajo, remuneración, educación, etc.

que pueden, si se vinculan con otras variables de estudio, condicionar o delimitar el impacto de estas (Vidal, 2013).

1.7 Variables

1.7.1 Identificación de variables

- Variable principal: Violencia de pareja contra la mujer
 - Variable secundaria: Ruralidad
- Variable interviniente: Edad, grado de instrucción, número de hijos, ocupación, tipo de familia antecedente de violencia, consumo de alcohol, problemas económicos en la familia, tipo de relación, edad de la pareja, ocupación de la pareja.

1.7.2 Operacionalización de variables

Tabla 1 Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicadores
Violencia de pareja contra la mujer	La violencia infligida por la pareja es una de las formas más comunes de violencia contra la mujer e incluye maltrato físico, sexual o emocional y comportamientos controladores por un compañero íntimo.	Negociación	Cognitiva
			Emocional
		Agresión psicológica	Severa
			Menor
		Agresión física	Severa
			Menor
		Coacción Sexual	Severa
			Menor
Comunidades rurales	Pueblo que se desarrolla en el campo y alejado de los cascos urbanos. El concepto puede hacer referencia tanto al pueblo en	Daños	Severa
			Menor
Tuti	Rural con ley seca	Coporaque	Rural sin ley seca

	sí mismo como a la gente que habita en dicha localidad		
Variables sociodemográficas	Aquellos aspectos relacionados con datos tales como edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, trabajo, remuneración, educación, etc. que pueden, si se vinculan con otras variables de estudio, condicionar o delimitar el impacto de estas.	Edad	De 18 a 47 años
		Grado de instrucción	Analfabeta, primaria, secundaria, técnico y superior
		Número de hijos	De 0 a más
		Ocupación	Ama de casa, agricultora, dependiente, independiente
		Tipo de familia	Nuclear, monoparental, reestructurada, extensa.
		Antecedente de violencia	Víctima de violencia en la niñez y/o adolescencia Testigo de violencia en la niñez y/o adolescencia
		Consumo de alcohol	Evaluada Pareja
		Problemas económicos en la familia	Nunca, Pocas veces, Regularmente, Muchas veces, Siempre
		Estado civil	Conviviente, casado, soltera, separada
		Edad de la pareja	De 15 a más años
		Ocupación de la pareja	Dependiente, independiente o no trabaja.

Fuente: *Elaboración Propia*

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

A nivel internacional contamos con los siguientes estudios.

Canaval, González y Sánchez (2007) realizaron la investigación de “*Perfil sociodemográfico de las mujeres que denuncian maltrato de pareja*” en Colombia con el objetivo de describir las características sociodemográficas de las mujeres que denuncian su situación de maltrato; para ello encuestaron a 100 mujeres. Los resultados del estudio señalan que la mayoría de las mujeres víctimas de violencia de pareja pertenecía a estratos socioeconómicos bajos, recibía ingresos familiares bajos y tenían baja escolaridad. El 12% estaba desempleada, y el 43% era amas de casa. La mayoría tiene hijos; un 44%, antecedentes de violencia en la familia de origen, y 40%, relaciones anteriores de violencia de pareja.

Ferrer y González (2008) realizaron en Cuba la investigación “*Violencia psicológica de género en parejas rurales cubanas*” para la cual entrevistaron a 12 familias con el objetivo de caracterizar la expresión de la violencia psicológica de género en familias que viven en el contexto rural. La investigación concluyó que en la totalidad de las parejas estudiadas se apreciaron manifestaciones frecuentes de violencia psicológica. Las principales

manifestaciones están dadas por relaciones posesivas y tendientes al control, ofensas, gritos, limitaciones de derechos y funciones, amenazas, sobrecarga de roles y omisión.

Klevens (2001), con el objetivo de estimar la magnitud del problema de la violencia conyugal que afecta a las mujeres e identificar los factores asociados con el riesgo de ser agredidas físicamente, realizó la investigación “*Violencia física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores asociados*” en Colombia. De las 3 157 mujeres unidas a una pareja, el 26,5% informaron que habían sido abofeteadas o empujadas por su compañero actual y 13,3% que habían sido agredidas gravemente por medio de golpes con el puño cerrado, patadas, golpes con algún objeto, “golpizas” y amenazas con un cuchillo o arma de fuego. Además de lo anterior, 26,2% de ellas indicaron que su compañero les imponía alguna prohibición.

Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero y Martínez (2000) realizaron en México el estudio “*Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud*” con el objetivo de estimar la frecuencia de diferentes formas de violencia sexual y su asociación con sintomatología depresiva, ideación e intento suicida, y uso de alcohol y otras drogas alguna vez en la vida. Para ello encuestaron a 345 mujeres que en el momento del estudio vivían con pareja. Los resultados de la investigación indicaron que el 19% de las mujeres señaló haber sido objeto de tocamientos sexuales contra su voluntad al menos alguna vez en su vida, en tanto 11% habían sido violadas y 5% fueron forzadas a tocar los órganos sexuales de otra persona contra su voluntad. Una de cada cinco mujeres reportó haber experimentado alguna violencia sexual dentro de la relación de pareja. Se encontró una asociación significativa entre algunas formas de violencia sexual y la depresión, la ideación e intento suicida y el uso de psicofármacos.

Un estudio realizado en el año 2004 por Bates, Schuler e Islam sobre “*Factores socioeconómicos y procesos relacionados con la violencia doméstica en zonas rurales*”, con

el objetivo de establecer la prevalencia, naturaleza y determinantes potenciales de la violencia doméstica en 6 comunidades de Bangladesh. Este estudio concluyó que de aproximadamente 1200 mujeres encuestadas, el 67% alguna vez habían sufrido violencia doméstica, y el 35% eran objeto de violencia durante el último año. De la misma manera, se concluyó en las zonas rurales de Bangladesh, las circunstancias sociales y económicas de la mujer pueden influenciar el nivel de riesgo con respecto a la violencia doméstica.

A nivel nacional se hicieron las siguientes investigaciones.

Por su parte, Asto y Rodríguez en 2012 realizaron una investigación en el departamento de La Libertad acerca de las “*Factores socioculturales relacionados con la violencia de pareja, Huamachuco*”, el objetivo de dicho estudio fue determinar la influencia de factores socioculturales como edad, ocupación, estado civil y grado de instrucción en el tipo de violencia de pareja en mujeres. Asto y Rodríguez concluyó que en relación con la edad de las mujeres en estudio, el 30.7% son jóvenes de 18 a 24 años y el 28.9% tiene de 31 a 38 años; sobre la ocupación, el 72.8% trabaja dentro de su casa; en cuanto al estado civil, el 76.3% tiene pareja. Acerca del grado de instrucción, el 57.9% tiene instrucción secundaria y superior, y el 42.1%, sin instrucción (primaria y analfabeta). Sobre el tipo de violencia psicológica, en mayor porcentaje fue leve o moderada (56.1% y 29.8%, respectivamente). La violencia física en su mayoría fue leve (64%) o moderada (9.6%). La violencia sexual moderada fue del 36.8%. La edad u ocupación no influyen en el tipo de violencia de pareja, sea física, psicológica o sexual. El estado civil no influye en el tipo de violencia de pareja física y psicológica, pero sí influye en el tipo de violencia sexual. El grado de instrucción influye en el tipo de violencia física y psicológica, mas no en la sexual.

Caballero, Alfaro, Nuñez y Torres en 2009 desarrollaron un estudio transversal con una muestra de 13 724 mujeres que hayan tenido o tengan pareja sobre la “*Violencia*

psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú" con el objetivo de estimar la prevalencia de vida de violencia psicológica contra la mujer por parte de su pareja en el Perú entre los años 2004 a 2007, así como los factores demográficos y socioeconómicos asociados. El estudio encontró que el 46.9% eran convivientes. El 38.5 % tenía instrucción primaria, 34.6% secundaria y 5.5% analfabeta. El consumo de alcohol por parte de la pareja estuvo asociado a la violencia psicológica, aumentando el riesgo en 66%. Los departamentos de la sierra central tuvieron una mayor prevalencia.

Castillo, Bernardo y Medina (2017) realizó la investigación en la región de Ancash "Violencia de género y autoestima de mujeres del centro poblado Huanja – Huaraz" con el objetivo de determinar la relación entre la violencia de género y el nivel de autoestima de las mujeres del centro poblado, para ello encuestó a 55 mujeres y encontró que el 38,2 % de las mujeres sufrieron violencia física; el 29,1 % fueron víctimas de violencia psicológica; el 14,6 % vivió violencia sexual y el 18,1 % padeció violencia económica; respecto a la autoestima las mujeres presentaron un nivel bajo (52,8 %), nivel medio (43,6 %) y nivel alto (3,6 %).

Cueva y Julca (2015) ejecutaron en Chiclayo la investigación "Tipos de violencia por parte de la pareja en mujeres que acuden a un establecimiento" con el objetivo de determinar los tipos de violencia. La muestra de dicho estudio estuvo conformada por 70 mujeres que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Los resultados revelan que el 22.86% de las mujeres presenta violencia física, el 20% violencia sexual y 17.14% violencia psicológica. De estos resultados se concluye que en las mujeres chiclayanas prevalece la violencia física siendo los indicadores más frecuentes los empujones o sacudidas (37.1%), cachetadas, puñetes, patadas (20%), golpes con objetos contundentes (8,6%), golpes contra la pared o el piso (5.7%). En violencia sexual se destaca la obligación a usar métodos anticonceptivos (17.1%), dispareunia (17.1), forzar a mantener relaciones sexuales (15.7%).

En 2015 la investigación cualitativa “*Violencia familiar y acceso a la justicia en el mundo rural: estudios de caso de cuatro comunidades*” realizada por Benavides, Bellatin, Sarmiento y Campanaha, teniendo como muestra a 67 personas que provienen de comunidades rurales de los departamentos de Cusco, Huancavelica y Piura concluyó que existe una fuerte presencia en cuanto a la incidencia de la violencia de género en las diferentes comunidades del estudio. Se determinó que en el caso de las comunidades andinas, la violencia más frecuente es la física, que se manifiesta en golpes, puñetazos y patadas. Asimismo la investigación concluyó que en ambos casos, el detonante de la violencia es el excesivo consumo de alcohol por parte de los hombres, más frecuente durante las fiestas y celebraciones de la comunidad.

Y a nivel local se realizaron las siguientes investigaciones.

Chama en 2008 llevó a cabo la investigación “*Prevalencia, causas y consecuencias de la violencia contra la mujer*” en la provincia de Caylloma con el objetivo de determinar los datos demográficos y las causas y consecuencias que influyen en incrementar la prevalencia de violencia contra la mujer así como, estos autores encontraron que el distrito de la Provincia en el que predomina la presencia de violencia fue Chivay con 26%, según la edad prima el grupo etáreo de 20 a 29 años con 40%; dentro del estado civil figura el mayor porcentaje la convivencia con 49.50% ; Grado de Instrucción prevalece el nivel primario con 43.50%, referente a la ocupación un 56% de las mujeres son trabajadoras, respecto a los antecedentes del maltrato durante la niñez 55.5%; de las mujeres afirman haberla sufrido.

Muñoz y Bustamante (2015) realizaron la investigación “*Situación de la violencia familiar contra la mujer en Arequipa*” con el objetivo de explorar las características y consecuencias de la violencia doméstica contra la mujer en la Región Arequipa. A través de un estudio descriptivo prospectivo transversal, las autoras observaron un predominio de la

violencia psicológica, principalmente en mujeres embarazadas; los comportamientos violentos se aprenden de los padres; las mujeres no denuncian la violencia por dependencia emocional y económica; la victimas desconfían de la justicia; de parte del gobierno no hay prevención para este tipo de violencia.

Cruz, Ruelas y Noelia en 2011 llevaron a cabo el estudio “*Estrategias de afrontamiento en mujeres frente a la violencia conyugal*” en la región Arequipa con el objetivo de determinar las estrategias de afrontamiento de la violencia conyugal en las mujeres que acudieron a la comisaría Juan de Dios Colque Apaza en el distrito de Paucarpata. La investigación encontró el 52.4% de las mujeres que conformaron la muestra sufrieron violencia física, y el 47.6%, violencia psicológica. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron el apoyo emocional y la religión (15.2% en ambos casos); la menos utilizada, abandono de resolución (1%).

Quille, y Quispe en 2016 desarrollaron un estudio en una comunidad rural de la provincia de La Unión - Arequipa denominada “Factores culturales de la pareja y la violencia a la mujer del programa “vaso de leche” del distrito de Puyca”. El objetivo de dicho estudio fue determinar la influencia de los factores culturales de la pareja en la violencia contra la mujer. Al final de la investigación los autores concluyeron que el tipo de violencia que se ejerce con mayor frecuencia en la muestra es la violencia física con el 65.6%, con daños que llegan a incapacitar a la persona. En un 95.1% de los casos, las acciones de maltrato se dan cuando la pareja está en estado de ebriedad.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Violencia de pareja contra la mujer

2.2.1.1 Principales enfoques teóricos de la violencia de pareja contra la mujer

A. Enfoque de género. Reconoce la existencia de circunstancias desiguales en la relación entre hombres y mujeres, construidas sobre la base de las diferencias de género que

se constituyen en una de las causas principales de la violencia hacia las mujeres (Ley N° 30364, 2015).

B. Enfoque de integralidad. En este punto, el enfoque de integralidad señala que en la violencia contra las mujeres concurren múltiples causas y factores que se encuentran presentes en distintos contextos, a nivel individual, familiar, comunitario y estructural (Ley N° 30364, 2015).

C. Enfoque de interculturalidad. Este enfoque postula que la violencia contra las mujeres puede estar influenciada por factores culturales, ya que a lo largo del país existen diversas prácticas culturales discriminatorias que toleran la violencia u obstaculizan el goce de igualdad de derechos entre personas hombres y mujeres (Ley N° 30364, 2015).

D. Enfoque de derechos humanos. Este enfoque sostiene, que la violencia contra la mujer constituye una grave violación a los derechos humanos, puesto que quebranta el derecho a la integridad y limita el ejercicio de los derechos civiles, económicos, sociales y culturales. Asumir esta perspectiva implica tener presente que el derecho a la paz y la seguridad, es una condición fundamental para el desarrollo humano, y por eso debe ser reivindicado frente al Estado y la sociedad (Ley N° 30364, 2015).

E. Enfoque de interseccionalidad. Este enfoque teórico sostiene que las vivencias de violencia que experimentan las mujeres están influidas por factores e identidades como su etnia, color, religión; opinión política o de otro tipo; origen nacional o social, patrimonio; estado civil, orientación sexual, condición de seropositiva, condición de inmigrante o refugiada, edad o discapacidad (Ley N° 30364, 2015).

F. Enfoque generacional. Este enfoque defiende que la violencia que sufren las mujeres podría estar provocada por las relaciones de poder entre distintas edades de la vida. Considera que para afrontar el problema de la violencia la niñez, la juventud, la adultez y la vejez deben tener un vínculo, ya que deben fortalecerse generacionalmente (Ley N° 30364, 2015).

2.2.1.2 Clarificación terminológica de violencia

En esta sección se definirán los conceptos relevantes para la investigación. En primer lugar, se definirán los conceptos de violencia, violencia interpersonal, violencia intrafamiliar, violencia de pareja, violencia de género y violencia contra la mujer.

A. Violencia

La violencia es considerada un fenómeno bastante complejo e impreciso cuya definición científicamente no es exacta. Las nociones atribuidas a la violencia están directamente influidas por la cultura y son constantemente revisados a medida que los valores y las normas sociales evolucionan.

Una de las definiciones más empleadas con fines de investigación es la planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la misma que sostiene lo siguiente: “*La violencia es el uso deliberado de la fuerza o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o una comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos de desarrollo o privaciones*”.

Asimismo, Flores Bernal (2005) sostiene que “*La violencia, en sentido amplio, puede ser entendida como una acción que entraña un abuso de poder en el que se trasgreden por lo menos uno o dos derechos humanos fundamentales: el derecho a determinar qué hacemos*

con nuestro cuerpo y el derecho de tomar nuestras propias decisiones y a afrontar las consecuencias de nuestros propios actos”

Por su lado, José Sanmartín Esplugues (2010) refiere: “*La violencia es el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, aprendida o imitada, provocan o amenazan con hacer un daño o sometimiento grave (físico, sexual o psicológico) a un individuo o una colectividad; o los afectan de tal manera que limitan sus potencialidades presentes o las futuras”*

B. Violencia interpersonal

La violencia interpersonal según la Organización Mundial de la Salud es el empleo deliberado de la fuerza física o el poder contra otra persona. Incluyendo la amenaza. Este tipo de violencia provoca o tiene muchas probabilidades de provocar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones en otra persona e incluye actos y comportamientos que van desde la violencia física, sexual y psíquica, hasta las privaciones y el abandono. Entre los tipos de violencia interpersonal se puede comprender la violencia juvenil, la violencia de pareja, la violencia contra compañeros de trabajo o escuela, el maltrato a niños y ancianos, etc. (Universidad de Salamanca, 2018).

La violencia interpersonal, puede darse entre parejas, familiares, personas conocidas e incluso entre personas que no se conoce; la acción de violencia puede darse solo una vez o constituirse en un patrón que se repite y en ocasiones aumenta la intensidad (Begazo, 2016).

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2002) algunos de los factores de riesgo comunes a todas las formas de violencia interpersonal son los siguientes:

- Haber crecido en un hogar violento o roto.
- El consumo de sustancias toxicas.
- El aislamiento social.

- La rigidez en los roles de género.
- La pobreza.
- La desigualdad en los ingresos.
- Algunas características personales (falta control del comportamiento, escasa autoestima).

C. Violencia intrafamiliar

Para definir la violencia intrafamiliar se puede tomar la elaborada por J. Corsi, quien la concibe como: “*todas las formas de abuso de poder que tienen lugar en el contexto de las relaciones familiares y que ocasionan diversos niveles de daño a las víctimas de esos abusos. Los grupos vulnerables identificados por las investigaciones de campo son: mujeres, niños y personas mayores, a quienes se les niega la participación en el poder. La violencia intrafamiliar tiene dos vertientes: una de ellas basada en el género y la otra basada en la generación*” (Corsi, 2003).

Entonces, la violencia intrafamiliar podría entenderse como la totalidad de situaciones violentas que tienen lugar dentro del hogar, se presume que cualquier miembro de la familia puede ser dañado y que cualquiera puede causar daño. Sin embargo, investigaciones epidemiológicas en todo el mundo, revelan cuáles son los grupos mayormente afectados: los niños y las mujeres (Jesus, 2005). Pero, la mayoría de estas investigaciones realizadas señalan que la violencia se concentra sobre todo en estas últimas y que, a nivel mundial, algunos estudios nacionales demuestran que hasta el 70 por ciento de las mujeres ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de un compañero sentimental durante su vida. (ONU, 2013).

D. Violencia de pareja

La Organización Mundial de la Salud (2013) define la violencia de pareja como:

“Cualquier comportamiento, dentro de una relación íntima, que cause o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación”.

Hirigoyen (2006) propone que la violencia de pareja se trata de “*un maltrato que se produce en la intimidad de una relación de pareja, cuando uno de los miembros independiente de su sexo, trata de imponer su poder por la fuerza*”.

De la misma forma, Heise y García-Moreno (2003) proponen una definición de violencia de pareja que ha sido desarrollada y ampliada por Butchart, García-Moreno y Mikton (2011), quienes consideran a la violencia de pareja como un tipo de violencia interpersonal y la definen como: “*cualquier comportamiento que dentro de una relación íntima o de pareja, causa daño físico, psíquico o sexual. Este comportamiento, como los autores manifiestan, incluye agresiones físicas (abofetear, golpear con los puños o con cualquier parte del cuerpo, golpes con objetos, empujones, estrangulamiento, etc.), relaciones sexuales forzadas, y otras formas de coacción sexual, maltrato psicológico (intimidación, denigración, humillación constantes, insultos, gritos, indiferencia, etc.), diversos comportamientos dominantes (aislarla de su familia y amistades, vigilar sus movimientos, restringir su acceso a la información o asistencia, etc.) e incluso la muerte*”.

La violencia de pareja tiene algunas características que la hacen diferente de otros tipos de agresiones, estas características se originan por los actores y por el conjunto de aspectos psicológicos que intervienen, ya que se trata de una relación establecida a partir de un acto voluntario entre dos personas que intercambian afecto y que crean objetivos en común. Al inicio de la mayoría de las relaciones de pareja es difícil que aparezcan los actos violentos. Los miembros de la pareja muestran un comportamiento positivo (Pérez y Hernández, 2009).

González y Fernández (2010) mencionan que en una relación de pareja violenta, la más perjudicada es la mujer, debido a que se le atribuye menor poder social y físico; esto quizás se origine en las relaciones basadas en la desigualdad y en la presión del género masculino sobre el femenino. La mayoría de los modelos de hogar hacen que la mujer y el hombre aprendan la normalidad de la dominación masculina, lo cual puede minimizar la visibilidad de posibles actos de violencia.

E. Violencia contra la mujer

La Organización de las Naciones Unidas (1993) definen la violencia contra la mujer como «*todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada».*

Este tipo de violencia está enraizada en estructuras sociales construidas sobre la base del género, más que en acciones individuales o que dependen del azar; trasciende límites socioeconómicos, de edad, educacionales y geográficos; afecta a todas las sociedades; y constituye un obstáculo importante para eliminar la inequidad de género y la discriminación a nivel global (Asamblea General de las Naciones Unidas 2006).

La violencia contra las mujeres puede adoptar varias formas, incluyendo la violencia física, sexual y psicológica por parte de la pareja, la violación y la coerción sexual por parte de cualquier agresor, tráfico humano, feminicidio y otras formas culturalmente determinadas tales como los "asesinatos por honor", la mutilación genital femenina y el matrimonio precoz y forzado. La violencia de pareja es la forma más común de violencia contra las mujeres en todo el mundo (OPS, s.f.).

F. Violencia de pareja contra la mujer

La violencia contra la mujer representa tanto una violación de sus derechos humanos como un problema de salud pública (García-Moreno, Henrica, Watts, Ellsberg & Heise, 2013). La forma más común de violencia experimentada por las mujeres de todo el mundo es la violencia física ocasionada por la pareja. En el Perú, el 38,9% de las mujeres han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de sus parejas (ENDES, 2011).

Esta forma de violencia contra la mujer ha sido denominada de distintas formas, según los diferentes enfoques o autores. Así, ha sido llamada violencia doméstica, violencia intrafamiliar, violencia conyugal, violación matrimonial, violencia con la pareja íntima, etc. Para efectos de la presente investigación se utilizará el término violencia de pareja para referirse específicamente a la violencia contra la mujer ejercida por su pareja, sin importar el tiempo o tipo de relación.

Al respecto la Organización de Naciones Unidas (1993) establece que la violencia de pareja ejercida contra las mujeres abarca: “cualquier acción, conducta u omisión que tenga la intención de menoscabar, o que ocasione daño físico, emocional o sexual e incluso la muerte, por parte del compañero íntimo”.

Por su parte, Cienfuegos y Díaz- Loving (2010) sostienen que la violencia que se comete en el contexto de una relación de pareja, incluye cualquier conducta activa o pasiva que dañe o tenga la intención de dañar, herir o controlar a la persona con la que se tiene o se tuvo un vínculo íntimo. Ésta se clasifica en violencia física, psicológica, sexual, patrimonial o económica y suele ocurrir dentro del matrimonio, en las relaciones íntimas de corta o larga duración, e incluso, puede ser infligida por la pareja anterior (García-Moreno & Stockl, 2009).

2.2.1.3 Tipos de la violencia de pareja contra la mujer

La violencia contra la mujer infligida por la pareja compone una de las formas de violencia más complicadas de reconocer, debido a que se produce dentro del marco de una relación podría adquirir un matiz privado y oculto.

En general, la violencia de pareja puede tener variadas manifestaciones, las mismas que afectan en diferentes niveles a las víctimas. Martínez (2003) ha descrito algunas de las formas en que se presenta la violencia de pareja contra la mujer:

A. Psicológica. Son todas las conductas que provocan daño emocional, disminución de la autoestima o que perjudiquen y perturben el desarrollo normal de la mujer dentro de la relación. Puede ser manifestada a través de críticas destructivas, insultos, burlas, descalificaciones, gritos, desprecios, humillaciones, interrogaciones continuas, amenazas, constante persecución, celos, imposición para vestir, crear un ambiente de estrés o de miedo, ridiculizar, entre muchos otros (Martínez, 2003).

B. Física. Es toda conducta que de forma directa o indirecta está dirigida a provocar un daño o sufrimiento físico en la mujer. Dentro de sus principales manifestaciones se encuentran los golpes, empujones, patadas, estrangulamientos, cortaduras, fracturas, cachetadas, ataques con objetos o armas, quemaduras, pellizcos, dislocaciones, entre otros (Martínez, 2003).

C. Sexual. Son todas aquellas conductas que amenazan o vulneran el derecho de la mujer a decidir sobre su sexualidad de manera voluntaria, incluyendo en esta no solo el acto sexual sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital. Entre sus distintas expresiones pueden ser comentarios y gestos sexuales indeseados, contacto físico innecesario,

caricias agresivas, el no uso de preservativo, relación sexual no consentida, mutilación genital femenina, esterilización forzada, el uso obligado de métodos anticonceptivos, prácticas sexuales impuestas y no consentidas, uso de pornografía sin el consentimiento de la pareja, entre otras (Martínez, 2003).

Además de las antes mencionadas, algunos autores añaden la violencia económica como una manifestación más de la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. De acuerdo a estos autores la violencia económica se refiere a aquellas conductas o acciones perpetradas por el hombre para aumentar o mantener la dependencia económica de su pareja y poder conservar así un control sobre ella (Durán y otros, 2003). Son expresiones de este tipo de violencia el robar o destruir un objeto o negarse a satisfacer las necesidades básicas.

Es pertinente mencionar que estos tipos de violencia no suelen presentarse de forma aislada, en la realidad se superponen provocando que la mujer sea víctima de varias manifestaciones de violencia al mismo tiempo (Jaen et. al, 2015).

2.2.1.4 Causas y factores de riesgo de la violencia de pareja contra la mujer

En cuanto a la etiología, actualmente hay una tendencia que defiende la multicausalidad de la violencia de pareja, se reconoce la presencia de factores de riesgo que predisponen y mantienen el problema de la violencia infligida a la mujer por su pareja (Arequipa, 2015).

Es así que el modelo explicativo que más se emplea para comprender y atender la violencia es el modelo ecológico planteado por Heise (1994), el cual sostiene que existen varios factores de riesgo que interactúan entre sí y facilitan la aparición de violencia de pareja. Estos factores operan en diferentes niveles y pueden ser individuales, relacionales, comunitarios y sociales/culturales (Butchart et al., 2011).

Existen muchos datos obtenidos en diferentes entornos para conocer más acerca de los factores de riesgo de la violencia de pareja; no obstante, aún son pocas las investigaciones sobre las influencias de la comunidad y de la sociedad. Algunos factores asociados han sido constantemente identificados en todos los estudios realizados en diferentes países, pero otros dependen del contexto y pueden variar de un país a otro y dentro de un mismo (OMS, 2013).

A. Factores individuales. La Organización Panamericana de la Salud indica que algunos de los factores más significativos asociados con una mayor probabilidad de que un hombre cometa actos de violencia contra su pareja son los siguientes:

- Juventud.
- Bajo nivel de instrucción.
- Haber sido testigo o víctima de violencia en la niñez.
- Consumo nocivo de alcohol o drogas.
- Trastornos de la personalidad.
- Aceptación de la violencia.
- Antecedentes de maltrato infligido a sus parejas anteriores.

Los factores constantemente asociados con una mayor probabilidad de que una mujer sufra violencia a manos de su pareja incluyen los siguientes (OPS, 2003):

- Bajo nivel de instrucción.
- Testigo de violencia entre sus padres.
- Haber sido víctima de abuso sexual en la niñez.
- Aceptación de la violencia.
- Exposición anterior a otras formas de maltrato.

B. Factores relacionales. Los factores relacionados con el riesgo de que las mujeres se conviertan en víctimas o de que un hombre sea un agresor, incluyen los siguientes (OPS, 2003):

- Conflicto o insatisfacción en la relación de pareja.
- Dominio de los varones en la familia.
- Problemas económicos.
- Varón con múltiples compañeras sexuales (OPS, 2010) (9)
- Diferencia de logros educativos (García-Moreno et al, 2003).

C. Factores comunitarios y sociales. Los factores que se han hallado en todos los estudios realizados sobre el tema son los siguientes (Heise, García-Moreno, 2003)

- Inequidad en las reglas sociales de género (en especial las que asocian la virilidad con la agresión).
- Pobreza.
- Posición social y económica baja de la mujer.
- Débiles sanciones jurídicas en casos de violencia de pareja.
- Débiles sanciones comunitarias en caso de violencia de pareja.
- Amplia aceptación social de la violencia como una forma de resolver conflictos.
- Conflictos armados y altos niveles generales de violencia en la sociedad.
- En muchos entornos hay creencias arraigadas sobre los roles de género y la violencia que perpetúan la violencia de pareja (OPS, 2010).

2.2.1.5. Consecuencias de la violencia de pareja contra la mujer

La violencia de pareja afecta de formas directas e indirectas a la salud física y mental de las mujeres. Haber sido víctima de violencia es por ende un factor de riesgo de muchas enfermedades y trastornos (Heise, Garcia-Moreno, 2003).

Los estudios actuales señalan que la influencia de la violencia puede persistir mucho tiempo después de que haya acabado el maltrato. Mientras más grave sea el maltrato, mayores serán sus secuelas sobre la salud física y mental de la mujer (Heise, Garcia-Moreno, 2003).

A. Lesiones y salud física. Los daños físicos resultantes de la violencia de pareja abarcan traumatismos (craneoencefálicos, de espalda y cuello, abdominales y torácicos), hematomas, desgarros y excoriaciones, fractura de huesos y discapacidad visual o auditiva. Sin embargo, además de los traumatismos, es posible que sean mucho más comunes los trastornos llamados “trastornos funcionales” o “afecciones relacionadas con el estrés” e incluyen síntomas gastrointestinales, síndrome de colon irritable, fibromialgia, diversos síndromes de dolor crónico y exacerbación del asma (Heise, Garcia-Moreno, 2003).

Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud reveló que la prevalencia de traumatismos entre las mujeres alguna vez maltratadas físicamente por su pareja alcanza el 55% en Perú (OMS, 2013).

B. Salud mental y suicidio. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud las mujeres maltratadas por sus parejas padecen más depresión, ansiedad y fobias en comparación de las no maltratadas (Heise, Garcia-Moreno, 2003). De la misma manera, en el Estudio Multipaís llevado a cabo por la OMS se registraron más casos de sufrimiento

emocional, ideas suicidas e intentos de suicidio entre las mujeres que alguna vez sufrieron maltrato físico o sexual que entre las no violentadas (García-Moreno et al, 2003). Asimismo, los siguientes problemas han sido relacionados con la violencia de pareja (Heise, García-Moreno, 2003):

- Abuso de alcohol y de drogas.
- Trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño.
- Inactividad física.
- Autoestima baja.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Tabaquismo.
- Autoagresión.
- Comportamientos sexuales peligrosos.

C. Salud sexual y reproductiva

La violencia de pareja puede presentar diversas consecuencias negativas para la salud sexual y reproductiva de la mujer. Tales consecuencias podrían ser: embarazos no planificados y no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual, infección por el VIH, complicaciones durante el embarazo, enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones urinarias, disfunción sexual entre otros (Campbell, 2002). Los efectos sobre la salud sexual y reproductiva pueden tener efectos directos en la mujer, tales como las infecciones de transmisión sexual, o efectos indirectos, como el detrimento de la capacidad de la mujer para negociar con la pareja el uso de anticonceptivos (Campbell et al, 2008).

D. Violencia durante el embarazo. Las investigaciones han mostrado niveles significativos de violencia física ocasionada por la pareja durante el embarazo en todas partes

del mundo. En el Estudio Multipaís realizado por la OMS se descubrió una prevalencia de violencia física por parte de la pareja durante el embarazo que fluctuaba entre 1% en las zonas urbanas de Japón y 28% en las provincias de Perú (García-Moreno et al, 2003). La violencia durante el embarazo está relacionada con los siguientes problemas (Devries et al, 2010):

- Aborto espontáneo.
- Ingreso tardío en los servicios de atención prenatal.
- Mortinatalidad.
- Complicaciones en el parto y partos prematuros.
- Traumatismo fetal.
- Bajo peso al nacer o bebés pequeños para la edad de gestación.

La violencia de pareja también podría ser causa de una parte de la mortalidad materna, aunque esta asociación muchas veces no es reconocida por las instancias normativas.

E. Homicidios y otras causas de mortalidad. Las investigaciones realizadas en diversos países revelan que entre 40% y 70% de las víctimas femeninas de homicidio habían sido asesinadas por su pareja, frecuentemente en un contexto de maltrato. Así mismo, existen indicios de que la violencia de pareja eleva el riesgo de suicidio de la mujer (Heise, García-Moreno, 2003).

D. Efectos sobre los niños. Distintas investigaciones han manifestado una estrecha relación entre la violencia de pareja contra la mujer y las consecuencias negativas sociales y a la salud para los niños: problemas de depresión, ansiedad, desempeño escolar insuficiente y salud deficiente (Heise, García-Moreno, 2003). Existe una gran cantidad de evidencia que indica que la exposición a la violencia de pareja contra la madre es uno de los factores más

frecuentemente relacionados con la perpetración de violencia de pareja por varones y con el padecimiento de violencia de pareja por mujeres en etapas posteriores de la vida (Kishor y Johnson, 2004). De la misma forma, en varios estudios se ha hallado una asociación entre la violencia de pareja y el maltrato de niños en el mismo hogar (Holt et al, 2008).

2.2.1.6 Prevención de la violencia de pareja contra la mujer

En los últimos años las revisiones internacionales han resumido los datos existentes sobre métodos eficaces o al menos prometedores para prevenir la violencia contra la mujer, incluida la de pareja, y responder a ella (ONU, 2006; OPS, 2010). Estas revisiones proponen que se requiere de una colaboración integral, multisectorial y de largo plazo entre los gobiernos y la sociedad civil en todos los niveles del marco ecológico (individual, relacional, comunitario y social). Se sabe que las intervenciones de nivel individual son relativamente fáciles de evaluar, pero los programas integrales de niveles y componentes múltiples y las reformas institucionales son mucho más complicados de ser evaluados; por lo tanto, aunque estos enfoques casi seguramente sean la clave para la prevención de la violencia a largo plazo, también son los menos estudiados (Heise, 2011). Sin embargo, las revisiones antes mencionadas han identificado un conjunto de estrategias específicas que han demostrado ser eficaces en algunos contextos o por lo menos prometedoras (OMS, 2013):

- La reforma de los marcos jurídicos en lo civil y en lo penal.
- Campañas de difusión y sensibilización para hacer conocer mejor la legislación vigente.
- Fortalecimiento de los derechos civiles de las mujeres en relación con el divorcio, la propiedad y la manutención y custodia de los hijos.
- Formación de alianzas entre el gobierno y las instituciones de la sociedad civil.
- Establecimiento de la base de evidencia para la sensibilización y la concientización.

- Emplear la comunicación encaminada al cambio comportamental para conseguir cambios sociales.
- Transformación de instituciones enteras en cada sector utilizando el enfoque de género; en particular, integrar la atención a la violencia contra la mujer en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Promoción del empoderamiento social y económico de mujeres.
- Generación de respuestas integrales de los servicios a las supervivientes de violencia de pareja en las comunidades.
- Creación de programas sobre aptitudes para la vida y programas escolares.
- Fomento de la participación de los hombres para promover la no violencia y la igualdad entre los géneros.
- Ofrecimiento de servicios de intervención precoz a las familias en riesgo.

2.2.1.7 Marco jurídico

La violencia contra la mujer es una clara violación de los derechos humanos y es responsabilidad del Estado y del conjunto de la sociedad prevenirla, sancionarla y erradicarla. Es así, que existen una serie de normativas internacionales y nacionales de carácter vinculante y no vinculante sobre la violencia contra la mujer.

El artículo 7º de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” impone a los Estados que la conforman, la obligación de adoptar todas las medidas oportunas, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes o para modificar prácticas jurídicas que respalden o toleren la violencia contra las mujeres (MIMP, 2016).

Al respecto, en el Perú, se han dado importantes avances normativos para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. El desarrollo normativo logrado a nivel de

políticas de protección y empoderamiento de las mujeres en el país se ha dado de la siguiente manera

La Ley N° 30364 - Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familia: Esta nueva ley fue promulgada el 23 de noviembre de 2015. La nueva normatividad, contempla (conforme al artículo 4 y 7) como ámbito de protección a las mujeres en el ámbito público como privado (relación de pareja y como integrante del grupo familiar); no siendo lo mismo para el caso de hombres, los cuales sólo entran en el ámbito de la protección normativa en el ámbito privado (sólo como integrante del grupo familiar). La nueva normativa contiene un nuevo esquema procesal para la protección y sanción de hechos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar (MIMP, 2016).

Ley 29819 que modificó el artículo 107 del Código Penal: esta Ley introduce el concepto de feminicidio, como “*el homicidio que tiene como víctima a quien ha sido la cónyuge o la conviviente del autor, o haya estado ligada a él por una relación análoga*”. Este concepto solo contemplaba el feminicidio íntimo, quedando libre de protección el feminicidio por conexión y el feminicidio no íntimo, estas modalidades fueron asumidas por la última modificatoria (MIMP, 2016).

El Plan Nacional de Igualdad de Género (2012-2017): El Plan es el instrumento de política a través del cual el Estado en su conjunto se propone promover y garantizar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Este documento contiene las medidas de política pública que se adoptarán para remover los obstáculos que impiden el pleno ejercicio del derecho a la igualdad (MIMP, 2016).

2.2.2 Comunidad rural

2.2.2.1 Criterios para definir lo rural

Adoptar una definición de rural no es tarea fácil, ya que los propios límites entre lo urbano y lo rural son imprecisos (Esparcia y Noguera, 2001). Al respecto, Martine Dirven (2011) propone cinco criterios para calificar las áreas rurales (Dirven et al, 2011).

A. El criterio demográfico. Es el de mayor uso en el mundo, se refiere a la cantidad de habitantes por centro poblado. Considera como rurales a las localidades que poseen un número determinado de habitantes, con límites que van desde los 200 hasta los 30.000, o una cierta densidad poblacional (entre 100 y 500 habitantes/km²).

B. El criterio administrativo. A partir del cual se consideran rurales a las localidades de la división política de un Estado que se encuentran fuera de las capitales distritales, provinciales o municipales.

C. El criterio funcional. Que considera como rurales a los centros administrativos que no cumplen con funciones como trazado de calles, equipamiento básico, infraestructura, servicios públicos, entre otros.

D. El criterio económico. Que define como rurales a los centros poblados que basan su desarrollo económico en la actividad primaria (ganadería, agricultura, pesca) y que carecen de un grado de desarrollo de las actividades productivas secundarias y terciarias.

E. El criterio legal. Que define como rurales a los centros poblados siguiendo las disposiciones de la ley vigente, sin tomar en cuenta la cantidad de habitantes, densidad, u otra variable antes mencionada.

2.2.2.2 Definición de rural

Un análisis realizado por Faiguenbaum (2011) alrededor de las definiciones de *rural* utilizadas alrededor del mundo evidencia que no existe una definición universal de rural, ni definiciones oficiales compartidas por todos los países, ni siquiera los de una misma región. Las definiciones utilizadas varían de manera significativa entre países, ya sea porque prefieren diferentes criterios o simplemente porque los límites cuantitativos difieren de un país a otro. Además, en muchos países esa definición ni siquiera existe. En definitiva, en la mayoría de los casos, lo rural corresponde a una categoría “residual”, definida por defecto (lo que no es urbano), sin aludir a características propias (Dirven et al, 2011).

No obstante, una de las principales fuentes de información para estudiar a la población, en este caso la rural, son los censos de población (CEPAL, 2012).

En el caso de Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2008) ha considerado optar por dos definiciones para delimitar lo rural en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2008:

- El primero, con fines operativos de los censos, se basa en el criterio administrativo y considera que un centro poblado rural es aquel que no tiene más de 100 viviendas agrupadas contiguamente y no es capital de distrito; o que, teniendo más de 100 viviendas, éstas se encuentran dispersas o diseminadas sin formar manzanas.
- La segunda definición que emplea el criterio demográfico, indica que es rural aquel centro poblado con más de 500 y menos de 2 mil habitantes donde las viviendas generalmente están agrupadas en forma contigua formando manzanas y calles.

El INEI emplea ambas definiciones de rural para la elaboración y aplicación de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, la misma que cada año recoge los datos de violencia contra la mujer (ENDES, 2008).

Finalmente, una definición relativamente aceptada y empleada en varias partes del mundo es la planteada por el sociólogo francés B. Kayser (1990), quien asume lo rural como “*un conjunto territorial en el que existe un modo particular de utilización del espacio y de la vida social, caracterizado, en primer lugar, por una densidad relativamente débil de habitantes y de construcciones, lo que determina un predominio de los paisajes vegetales; en segundo lugar por un uso económico del suelo con predominio agro-silvo-pastoril; en tercer lugar por un modo de vida de sus habitantes marcado por su pertenencia a colectividades de tamaño limitado, en los que existe un estrecho conocimiento personal y fuertes lazos sociales y por su relación particular con el espacio, que favorece un entendimiento directo y vivencial del medio ecológico y, finalmente, por una identidad y una representación específica, muy relacionada con la cultura campesina*”.

2.2.2.3 La mujer rural

Según el Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar (2017) se denomina mujer rural a las mujeres campesinas e indígenas del país que viven en el campo donde la población está dedicada básicamente a la agricultura y la ganadería.

Según el último censo realizado por el INEI en 2017, en el Perú más de 3 millones 460 mil mujeres viven en zonas rurales, cifra que representa el 47,8% de la población total que vive en dicho ámbito (INEI, 2015).

Las mujeres rurales contribuyen de forma importante en el desarrollo de nuestro país, especialmente con su trabajo en actividades agropecuarias. Sin embargo, sus derechos son

quebrantados frecuentemente. Muchas veces su trabajo es no remunerado, por lo cual no cuentan con seguro de salud, vacaciones, descanso por maternidad, lactancia, entre otros. Las mujeres rurales son las que menos ingresos propios perciben en comparación con los otros grupos de la población (Brechas de Género, 2017).

2.2.2.4 Características de la mujer rural

A. Actividad económica. Hay una alta participación de las mujeres rurales en actividades económicas, estas realizan labores agrícolas y ganaderas de micro comercialización, de subsistencia y autoconsumo. No obstante, el acceso a un trabajo asalariado es limitado, de las mujeres rurales que trabajan, el 45,8% son trabajadoras familiares no remuneradas. El ingreso promedio por trabajo de las mujeres en la zona rural es relativamente baja y bordea los 424 soles (Brechas de género, 2017).

B. Educación. La mayoría de las mujeres rurales no tuvieron la oportunidad de aprender a leer y escribir, razón por la cual muchas veces son excluidas del mercado laboral. El año 2017 el analfabetismo afectaba al 8.7% de mujeres peruanas de más de 15 años de edad. En la zona rural este porcentaje asciende al 23.5% (Brechas de género, 2017).

C. Salud. Según la Encuesta Nacional de Hogares realizada por el INEI, el 80,5% de las mujeres del área rural cuentan con seguro de salud. De las cuales, el 74,3% de las mujeres acceden al Seguro Integral de Salud (SIS) mientras que solo el 5,7% accedió al Seguro Social de EsSalud (INEI, 2015).

D. Natalidad. El Informe de ENDES 2017, señala que en las zonas rurales, los embarazos de adolescentes es de 23,2%, en comparación al 10,7% en las zonas urbanas.

Generalmente, las mujeres rurales tienen en promedio mayor cantidad de hijos. Esto revela una menor autonomía en sus decisiones reproductivas (Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, 2017).

2.2.2.5 Características generales de las comunidades de Tuti y Coporaque.

A. Distrito de Coporaque

a. Origen del pueblo de Coporaque. El distrito de Coporaque fue durante la época pre inca e inca un pueblo de mucha importancia. Su nombre proviene de las voces quechua: Qphoto que significa montón de maíz y Rake que significa repartir lo que se tiene o sitio donde se reparte. “Sitio donde se reparte el maíz” (AUTOCOLCA, 2009).

Durante la época de dominación de la etnia Collagua, Coporaque era un conglomerado de pequeñas comunidades que constituían el principal poblado de esta parte del valle. Durante la conquista española Coporaque pasa a ser un distrito de la provincia de Collaguas (Caylloma). Oficialmente, el distrito fue creado el 03 de mayo de 1856 (Gallegos y Pantigoso, 2016).

b. Aspectos geográficos. Este distrito se encuentra a la margen derecha con relación al río Colca, está ubicado en la zona media del Valle del Colca a una altura promedio de 3583 m.s.n.m. Limita por el norte con los distritos de Tuti y Caylloma, por el este con el distrito de Chivay y por el sur y oeste con el distrito de Yanque. Se encuentra a 7 km. De la capital de la provincia de Caylloma: Chivay. La superficie total aproximada del distrito es de 111.98 km² de los cuales un 96% está constituido por pastos naturales y áreas sin uso y solo un 4% son terrenos cultivables (Gallegos y Pantigoso, 2016).

c. Aspectos demográficos. Según los datos obtenidos en el último censo de población y vivienda del 2017, la población del distrito de Coporaque asciende a 1089 personas, de los cuales 537 son hombres y representan el 49 % del total. Por otro lado, la población de mujeres en el distrito es de 552 lo que equivale al 51% del total de habitantes (INEI, 2018).

El distrito de Coporaque está constituido por personas del lugar que representa el 90% y el 10% procede de otros lugares. La población tiene un alto índice de emigración, los pobladores, sobre todo jóvenes, viajan hacia las ciudades en búsqueda de mayores oportunidades (Aranibar y Ayerbe, 2015).

d. Principales actividades económicas

- **Agricultura.** Desde tiempos precolombinos la principal actividad de Coporaque ha sido la agricultura tal y como lo evidencian las terrazas de Coporaque que existen hasta la actualidad, sobreviviente a la conquista y la tecnología moderna. En este lugar se encuentra la mayor parte de andenería pre- inca aun en uso (Treacy, 1994).

Por donde se mire, el distrito está rodeado de vastas extensiones de cultivo, la agricultura sigue siendo la principal actividad que sustenta a los pobladores. Una parte de las cosechas son para el autoconsumo de las familias y la otra parte es destinada al comercio. Principalmente se siembra: habas, papa, alverjas, cebada y maíz (Gallegos y Pantigoso, 2016).

- **Ganadería.** Lo pobladores de Coporaque en su gran mayoría se dedican, además de la agricultura, a la crianza de ganado vacuno, ovino, equino, porcino, camélidos y animales de carga. Estos animales son criados con fines de autoconsumo y comerciales. Hay algunos pobladores también que se dedican al comercio de carne, leche y productos derivados de este último, la venta la realizan de forma local. Los

animales de carga, son utilizados para las actividades agrícolas. Igualmente, se da la cría de animales de corral tales como aves, cuyes, liebres, su crianza es para consumo familiar. (Gallegos y Pantigoso, 2016).

Según Aranibar y Ayerbe 2015 la agricultura y la ganadería de esta comunidad se caracterizan por su baja productividad y atraso tecnológico.

- **Artesanía.** En Coporaque existe la asociación de artesanos llamada Sumac Maqui, cuyos miembros se dedican al arte del tejido y el bordado, elaboran polleras, chumpis y todo tipo de indumentaria típica que luego ofrecen en mercados locales. Asimismo, otro grupo de pobladores se dedican a la actividad textil, la cual consta en la elaboración de prendas tejidas de forma artesanal con las características tradicionales del Valle del Colca. (Gallegos y Pantigoso, 2016).
- **Turismo.** El distrito de Coporaque está incluida dentro de los circuitos turísticos más importantes del Sur del país. Así mismo, esta localidad ha sido priorizada por el MINCETUR para el desarrollo del turismo rural. Es así, que se ha desarrollado turismo de “descanso, un producto que guardan relación con las potencialidades del lugar, pues el distrito posee paisajes y lugares que permiten realizar paseos, también posee baños termales (AUTOCOLCA, 2009).

e. Costumbres y tradiciones del distrito de Coporaque

En el distrito de Coporaque las fiestas se realizan siguiendo la costumbre y tradición de sus antepasados. Sus costumbres están relacionadas con la agricultura y la ganadería, la devoción a la tierra (pachamama) y también con fines religiosos (Aranibar y Ayerbe, 2015). El calendario de sus fiestas principales sigue a continuación:

Carnavales (febrero – marzo)

Fiesta de la Virgen de Chapi (1 de mayo)

Aniversario del distrito (3 de mayo)

Fiesta de San Isidro Labrador (15 de mayo)

Fiesta de Santiago Apóstol (25 de julio)

T'inkachi del ganado (agosto)

Fiesta de San Lucas (18 de octubre).

Fiesta de la Inmaculada Concepción (16 de diciembre).

B. Distrito de Tuti

El distrito de Tuti es uno de los veinte distritos que forman parte de la provincia de Caylloma en el Departamento de Arequipa.

a. Origen del pueblo de Tuti

El distrito de Tuti proviene de los Collaguas, un grupo étnico que ocupó la parte norte este y sur este del Valle del Colca. Esta etnia posiblemente se formó durante la decadencia del Imperio Huari. Según Olga Lucia Molano Lara el nombre de Tuti deriva de la palabra quechua “tuta” que significa noche u oscuridad. Este distrito fue oficialmente el 3 de mayo de 1955 según Ley 12301 (Molano, 2006)

b. Aspectos geográficos

El distrito de Tuti se encuentra ubicado a orillas de la margen derecha del río Colca, con una altura de 3799 m.s.n.m. y con una superficie territorial de 241.89 km. Esta interconectado con la ciudad de Arequipa por la carretera Arequipa- Chivay – Tuti, a una distancia de 178 Km aproximadamente. Geográficamente el distrito de Tuti limita por el sur, con el distrito de Chivay; por el norte, con los distritos de Caylloma y Sibayo; por el este, con

el distrito de Callalli, y por el oeste con los distritos de Coporaque y Lari. El distrito de Tuti tiene un anexo llamado Ran Ran, ubicado al norte del poblado principal a una distancia de 11 kilómetros, con una población aproximada de treinta familias, a una altitud aproximada de 3900 msnm, la cual se dedica principalmente a la ganadería. (Municipalidad Distrital de Tuti, 2013).

c. Aspectos demográficos

Según el Censo Nacional realizado en 2017, el distrito de Tuti cuenta con 621 habitantes. De los cuales 316 son varones lo que representa el 51 % de la población total del distrito, asimismo hay 305 mujeres que significan el 49 % de la población. Por otro lado, el 100% de la población del distrito de Tuti es rural (INEI, 2018).

El distrito de Tuti en los últimos años ha mostrado un ligero decrecimiento de su población, ya que sus pobladores tratan de emigrar a ciudades económicamente más activas con mayores probabilidades de oportunidades de trabajo (Municipalidad Distrital de Tuti, 2013).

d. Principales actividades económicas

- **Ganadería.** Una de las actividades económicas principales de la población de Tuti está basada en la crianza de camélidos sudamericanos (alpacas y llamas), así como ganado ovino, vacuno, porcino. (Robles, 2010).

El distrito en estudio tiene aproximadamente 31776 cabezas de animales entre aves, vacunos, ovinos, porcino, caprino, alpaca y llamas. Según la Agencia agraria de Caylloma en el distrito de Tuti la crianza de alpacas es la más importante dentro de la ganadería y tiene una población de 13717 cabezas. El giro de esta actividad está centrado en la crianza de animales de producción de lana, carne, leche y otros (Municipalidad Distrital de Tuti, 2013).

- **Agricultura.** Esta actividad económica constituye la base medular del aparato productivo además de la ganadería, los principales productos a cultivar son: papa, alfalfa, haba verde, quinua, cebada, avena, isaño entre otros productos. Según el registro de la comisión de regantes del Distrito de Tuti, al año 2012, existían 410 agricultores, quienes poseen un promedio de 01 hectárea de superficie agrícola, el área total bajo riego es de 457.43 Has. La comercialización de los productos cultivados es fundamentalmente local (Municipalidad Distrital de Tuti, 2013).

- **Artesanía.** Otra actividad económica del distrito es la elaboración de artesanía al estilo tradicional (bordado y tejido). No obstante, la comercialización se realiza en un 90% a través de intermediarias y solo un 10 % es directamente vendido a consumidores en la localidad y/o ferias que se desarrollan los alrededores (Municipalidad Distrital de Tuti, 2013).

e. Costumbres y tradiciones del distrito de Tuti

Durante todo el año son diversas las fiestas tradicionales que se realizan en este distritos (Molano, 2006). A continuación se mencionan las más importantes:

Carnavales (febrero – marzo).

Aniversario del distrito (3 de mayo).

Fiesta de la Cruz (3 de mayo).

Festividad de Qamile y escarbo de acequia (agosto).

Fiesta de la Virgen de la Asunción (15 de agosto).

Fiesta de la Inmaculada Concepción (12 de diciembre).

f. Ley seca

De acuerdo a una ordenanza municipal desde hace 15 años en el distrito de Tuti rige una ley seca. Esta medida hace que nadie pueda ingerir alcohol en esta localidad tanto en espacios públicos como privados. Solo hay dos ocasiones al año en las que los ciudadanos de Tuti pueden beber alcohol:

- El 3 de mayo, fecha en el que se celebra su aniversario. Los ciudadanos tienen 4 días para poder beber.

El 12 de diciembre por el día de la fiesta patronal de la Virgen de la Concepción.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, ya que se describe una población en un determinado momento, se determinaron las diferencias en la violencia de pareja contra la mujer en dos comunidades rurales con características sociodemográficas diferentes, de tal forma que se puedan ver el grado de asociación entre las variables de interés. Asimismo, el estudio seguirá un enfoque cuantitativo ya que el análisis de los datos se basó en la medición numérica, el conteo y en el uso de la estadística (Hernández, Fernández y Baptista 2010).

Siguiendo la clasificación de (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) el presente estudio corresponde a un diseño no experimental debido a que no se efectúa manipulación de variable alguna.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La presente investigación tomó como población de estudio, al total de mujeres residentes en los distritos de Coporaque y Tuti pertenecientes a la provincia de Caylloma en el departamento de Arequipa. Cabe reiterar que conforme al Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2017, la población por sexo, en este caso de mujeres, en el distrito de Coporaque es de 552 mujeres lo que equivale al 51% del total de habitantes, así mismo en el distrito de Tuti hay un total de 305 mujeres lo cual representa el 49 % del total de habitantes.

3.4.2. Muestra

La muestra estuvo compuesta por las mujeres adultas residentes en viviendas particulares localizadas en los distritos de Coporaque y Tuti que en el momento de la recolección de datos se encuentren en una relación de pareja o que hayan mantenido una relación en el último año. El rango de edad de las participantes fluctuó entre los 18 y 60 años de edad. Esta muestra fue no probabilística y será seleccionada por conveniencia, teniendo en cuenta la accesibilidad de las participantes y teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

Se incluyó en el estudio a las mujeres que cumplan los siguientes criterios:

- Mujeres que tenían pareja al momento de la recolección de datos o en su defecto que en el último año hayan estado unidas a una pareja ya sea en matrimonio o convivencia.
- Mujeres que aceptaron participar libremente en la investigación.

Criterios de exclusión

- Mujeres que no estuvieron presentes los días de la recolección de datos.

- Mujeres que no aceptaron participar en la investigación.

3.4.3 Muestreo

El muestro empleado para la presente investigación es de tipo no Probabilístico por Conveniencia; al respecto (Hernández, Fernández y Baptista, 2006) señalan que “es cuando la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con el investigador o del que hace la muestra”.

3.5. Técnica e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Conflict Tactics Scale versión 2

Nombre versión adaptada	: CTS - 2
Nombre original	: The Conflict Tactics Scale CTS
Autores	: Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman
Año de publicación versión original	: 1996
Administración	: Individual y colectiva
Objetivo	: El CTS - 2 mide los actos de violencia perpetrados, tanto por uno mismo como por la pareja, en el último año.
Población objetiva	: De 18 años en adelante
Calificación	: Consta con opciones de respuesta en una escala de Likert del 0 al 4: 0 (Nunca), 1(Rara vez), 2(Algunas veces), 3(A menudo), 4 (Muy a menudo).

Descripción: El CTS 2 mide los actos perpetrados, tanto por uno mismo como por la pareja, en el último año. La escala está dividida en 5 subescalas: con 6 ítems para negociación, 7 ítems para agresión psicológica; 11 ítems para agresión física; 7 ítems para coacción sexual y 6 ítems para daños.

Las opciones de respuesta del instrumento original del Conflict Tactic Scale (CTS2) contemplan la cantidad de veces (de 0 a más de 20) que surgió este evento en el último año. Para esta investigación, se utilizaron las opciones de respuesta de una validación española elaborada por Muñoz-Rivas, Andreu, Graña, O'Learly y González (2007), ya que resultaba más comprensible a la hora de aplicar la escala. Las opciones de respuesta van desde 0 (Nunca) hasta 4 (Muy a menudo).

Validez y confiabilidad

Vara realizó un estudio con 713 estudiantes de cuatro universidades de Lima (Universidad Nacional Federico Villarreal, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Nacional del Callao y Universidad Particular Ricardo Palma) involucrados en relaciones maritales o pre-matrimoniales, obteniendo un alpha de Cronbach de 0.93 para toda la escala.

3.5.2 Ficha Sociodemográfica

Nombre	: Ficha sociodemográfica
Autor	: Soledad Yajo Caceres
Año	: 2018
Ámbito de aplicación	: De 18 a 47 años
Tiempo de aplicación	: Variable.
Aplicación	: Hétero-aplicado tanto a varones como mujeres.
Finalidad	: Evaluar las condiciones sociodemográficas de la muestra.
Descripción de la prueba	: Consta de 18 preguntas que evalúan edad, grado de instrucción, número de hijos, ocupación, tipo de familia, antecedente de violencia, consumo de alcohol, problemas económicos en la familia, estado civil, edad de la pareja ocupación de la pareja.

3.6. Procedimiento

Una vez aceptado el proyecto de investigación se procedió a viajar a las comunidades a evaluar. En dichos lugares nos presentamos a las mujeres a encuestar indicando que se les realizarían preguntas ligadas a la violencia de pareja y que sus respuestas serían tratadas anónima y confidencialmente, se les pidió a las mujeres que firmen un consentimiento informado donde aceptaban participar en la investigación. Cuando fue necesario, se resolvieron las dudas que tenían y se procedió a evaluar individualmente a cada mujer durante dos semanas de aplicación. La duración de cada evaluación fue de aproximadamente 45 minutos, en la cual el evaluador fue quien llenó la prueba luego de escuchar la respuesta de la evaluada.

Terminada la recolección de datos se realizó la calificación de las pruebas, para luego tabular los datos en una hoja de Excel.

3.7. Análisis y procesamiento de la información

Finalmente se realizó el procesamiento estadístico haciendo uso de análisis de frecuencias para describir a las variables y del estadístico T de Student para comparar la violencia de pareja contra la mujer en las dos comunidades rurales de la provincia de Caylloma. Todo ello mediante el programa estadístico SPSS versión 24.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

En la presente investigación sometimos a la muestra a una prueba de normalidad, con el fin de seleccionar la prueba estadística para el análisis de los datos obtenidos.

Tabla 2 Prueba de Normalidad de la muestra

Pruebas de normalidad					
Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk			
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl
total de la muestra	0,128	120	0,071	0,928	120
a. Corrección de significación de Lilliefors					

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Debido a que la muestra estuvo conformada por 120 sujetos, la prueba de normalidad que escogimos fue la de Kolgomorov Smirnov, en la cual obtuvimos un grado de significancia

de 0,071, mayor a 0,05, lo que nos indicó que nuestra muestra tiene una distribución normal, por la tanto usamos las prueba paramétrica T de Student para muestras independientes.

4.2 Contrastación de Hipótesis

La presente investigación se planteó la existencia de diferencias entre la violencia de pareja en dos comunidades rurales: Coporaque y de Tuti a través de un análisis estadístico, las indicaciones de la prueba es que si el valor de significancia es menor (p) a 0,05, existe una diferencia significativa entre las muestras de estudio, en el caso que sea mayor, no existe una diferencia entre las muestras.

4.2.1 Prueba de Levene

En el cuadro siguiente se hizo un análisis para comprobar la igualdad de varianzas uno de los preceptos para poder utilizar la prueba T de Student para muestres independientes y de esa forma hacer la contratación de la hipótesis de estudio.

Tabla 3 Prueba de igualdad de varianzas de Levene

	F	Sig.
VIOLENCIA DE PAREJA		
Se asumen	8,959	0,054
varianzas iguales		
No se asumen		
varianzas iguales		

Nota: Debido a que el grado de significancia es mayo a 0,05 se asume igualdad en la varianza, cálculo obtenido mediante el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

4.2.2 Prueba T de Student para las muestras de las comunidades rurales de Coporaque y Tuti

Tabla 4 Prueba T de Student para Lugar de Residencia y Violencia de Pareja

Prueba T para la igualdad de medias

	t	gl	Diferencia	confianza de la		
			Sig.	Diferencia	de error	diferencia
			(bilateral)	de medias	estándar	Inferior
VIOLENCIA DE PAREJA	1,7	118,0	0,082	9,650	7,106	-8,413 7,713
A DE PAREJA	1,7	73,8	0,083	9,650	7,106	-5,655 4,955

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,082 es mayor a 0.05 asumimos que no existe diferencias estadísticas significativas de la violencia de pareja entre las muestras de la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Por lo tanto no asumimos la hipótesis alternativa de la presente investigación, sin embargo si se encontró diferencias significativas entre los tipos de violencia y las comunidades rurales de Caylloma.

4.3 Análisis Descriptivo

El análisis de los resultados están desarrollados mediante tablas contingentes o cruzadas y figuras descriptivas, las cuales son acompañadas con su respectiva interpretación

por cada una de las dimensiones de la variable 2, y su prueba t de student para muestras independientes, haciendo un análisis comparativo.

A. Descripción de los resultados de lugar de residencia y negociación emocional

Tabla 5 Contingencia de lugar de residencia y negociación emocional

		Negociación Emocional					Total
		Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Muy a menudo	
Lugar de Residencia	Coporaque	Recuento	12	15	16	16	1
		%	20,0%	25,0%	26,7%	26,7%	1,7%
ia	Tuti	Recuento	0	7	21	17	15
		%	0,0%	11,7%	35,0%	28,3%	25,0%
Total		Recuento	12	22	37	33	16
		%	10,0%	18,3%	30,8%	27,5%	13,3%
							100%

Nota: Cuadro comparativo sobre violencia familiar en dos comunidades rurales de Caylloma (2019) mediante el Software SPSS V. 24

Fuente: creación propia (2019).

Interpretación:

De la tabla se desprende que de las 60 mujeres residentes en Coporaque, el 20% (12 mujeres) nunca negociaron emocionalmente, el 25% (15) rara vez, el 26.7% algunas veces negocia con su pareja de forma emocional, el mismo porcentaje 26.7%, lo hace a menudo, y muy a menudo solo una mujer de las 60 la que representa el 1,7%. Lo que contrasta con la capacidad de negociación emocional de las mujeres residentes en Tuti, de las cuales el 11.7% (7 mujeres) rara vez negocia emocionalmente, el 35% (21) alguna vez lo hizo, 28.3% (17) a

menudo y el 25% (15) negocia emocionalmente muy a menudo, cabe resaltar que todas las mujeres de Tuti en algún momento negociaron emocionalmente con sus parejas. Estos resultados nos indican que la prevalencia de negociación emocional es mayor y más frecuente entre las mujeres de Tuti, en comparación a las de Coporaque.

Tabla 6 Prueba T de Student de lugar de residencia y negociación emocional

Prueba T para la igualdad de medias						
			Sig.	Diferenci (bilateral)	Diferenci a de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia
	t	gl)	estándar	Inferior	Superior
NEGOCIACIÓ	-5,463	118	0,000	-3,000	0,549	-4,087 -1,913
N	-5,463	117,603	0,000	-3,000	0,549	-4,087 -1,913
EMOCIONAL						

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,000 menor a 0.05 asumimos que existen diferencias estadísticas significativas de la negociación emocional de las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Debido a que las mujeres de Coporaque negociaron emocionalmente de manera muy inferior con sus parejas, que lo que hicieron las mujeres de Tuti.

B. Descripción de los resultados de lugar de residencia y negociación cognitiva

Tabla 7 Contingencia de lugar de residencia y negociación cognitiva

			Negociación Cognitiva					Total
			Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	
Lugar de Residencia	Coporaque	Recuento	11	19	18	10	2	60
		%	18,3%	31,7%	30,0%	16,7%	3,3%	100%
Tuti	Tuti	Recuento	1	4	15	26	14	60
		%	1,7%	6,7%	25,0%	43,3%	23,3%	100%
Total		Recuento	12	23	33	36	16	120
		%	10,0%	19,2%	27,5%	30,0%	13,3%	100%

Nota: Cuadro comparativo sobre violencia familiar en dos comunidades rurales de Caylloma (2019) mediante el Software SPSS V. 24

Fuente: creación propia (2019).

Interpretación:

De las 60 mujeres residentes en Coporaque el 18.3% (11 personas) nunca negociaron cognitivamente con sus parejas, el 31.7% (19), rara vez, muy similar a las mujeres que algunas veces negocian que corresponde al 30% (18), el 16.7% (10) a menudo negocia, y el 3.3%(2) lo hace muy a menudo. Respecto a la negociación cognitiva utilizada por las mujeres residentes de Tuti, de las cuales solo el 1.7% (1 mujer) nunca uso una negociación cognitiva, el 6.7% (4) rara vez, mientras que el 25% (15) algunas veces negocio cognitivamente con su pareja, de todas las mujeres de Tuti aproximadamente la mitad 43,3% (26) a menudo negocio cognitivamente y el 23.3% (14) lo hizo muy a menudo. Se puede apreciar que las mujeres de Tuti, negociaron cognitivamente mayores veces que las mujeres de Coporaque. Lo que nos

indica que la prevalencia de negociación emocional de las mujeres de Tuti, es mayor y más frecuente que el de las mujeres de Coporaque.

Tabla 8 Prueba T de Student de lugar de residencia y negociación cognitiva

Prueba T para la igualdad de medias						
					95% de intervalo de	
			Sig.	Diferencia a de error	Diferenci	confianza de la
	t	gl	(bilateral)	de medias	estándar	Inferior
						Superior
Negociación	-6,825	118	0,000	-3,70000	0,54215	-4,77360
Cognitiva	-6,825	117,801	0,000	-3,70000	0,54215	-4,77362

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,000 menor a 0.05 asumimos que existen diferencias estadísticas significativas de la negociación cognitiva de las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Debido a que las mujeres de Coporaque negociaron cognitivamente de manera muy inferior con sus parejas, que lo que hicieron las mujeres de Tuti.

C. Descripción de los resultados de lugar de residencia y violencia psicológica menor

Tabla 9 Contingencia para lugar de residencia y violencia psicológica menor

		Agresión Psicológica Menor				Total	
Lugar	Copora	Nunca	Rara vez	Algunas	A menudo	Total	
		1	24	31	4		
de Residen	que	%	1,7%	40,0%	51,7%	6,7%	100,0%
		Recuento	0	31	17	12	60
Tutí		%	0,0%	51,7%	28,3%	20,0%	100,0%
		Recuento	1	55	48	16	120
Total		%	0,8%	45,8%	40,0%	13,3%	100,0%

Nota: Cuadro comparativo sobre violencia familiar en dos comunidades rurales de Caylloma (2019) mediante el Software SPSS V. 24

Fuente: creación propia (2019).

Interpretación:

De las 60 mujeres residentes de Coporaque el 1,7% (1) nunca fue víctima agresión psicológica menor por parte de su pareja, el 40% (24) rara vez, y más de la mitad el 51.7% (31 mujeres) algunas veces sufrió agresión psicológica menor, y a menudo el 6.7% (4 mujeres) sufrió de agresiones. En Tutí todas las mujeres tuvieron episodios de agresión menor, más de la mitad el 51.7% (31) rara vez, el 28% (17 mujeres) algunas veces y el 20% (12) sufrió de agresiones psicológicas a menudo. Resalta que más del 50% de mujeres de Coporaque tiene frecuencias altas de agresión psicológica menor, y en las de Tutí más del

50% tiene frecuencias bajas de agresión psicológica menor. Estos resultados nos permiten inferir que la agresión psicológica menor es más frecuente entre las mujeres de Coporaque.

Tabla 10 Prueba T de Student de lugar de residencia y violencia psicológica menor

Prueba T para la igualdad de medias						
					95% de intervalo de	
			Sig.	Diferencia a de error	Diferenci	confianza de la
	t	gl	(bilateral)	de medias	estándar	Inferior
						Superior
Agresión	-5,477	118	0,000	-1,53333	0,27995	-2,08771
Psicológica	-5,477	111,114	0,000	-1,53333	0,27995	-2,08806
Menor						

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,000 menor a 0.05 asumimos que existen diferencias estadísticas significativas de la agresión psicológica menor que sufrieron las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Debido a que las mujeres de Coporaque sufrieron con mayor frecuencia agresión psicológica menor por parte de sus parejas en comparación a sus pares de Tuti.

D. Descripción de los resultados de lugar de residencia y violencia psicológica severa

Tabla 11 Contingencia de lugar de residencia y violencia psicológica severa

		Agresión Psicológica Severa				Total
Lugar de Residencia	Coporaque	Nunca	Rara vez	Alguna	A menudo	
		s		A		
Residencia	Coporaque	21	17	15	7	60
	%	35,0%	28,3%	25,0%	11,7%	100,0%
Tuti	Recuento	25	22	11	2	60
	%	41,7%	36,7%	18,3%	3,3%	100,0%
Total	Recuento	46	39	26	9	120
	%	38,3%	32,5%	21,7%	7,5%	100,0%

Nota: Cuadro comparativo sobre violencia familiar en dos comunidades rurales de Caylloma (2019) mediante el Software SPSS V. 24

Fuente: creación propia (2019).

Interpretación:

De las 60 mujeres que residen en Coporaque el 35% (21 mujeres) nunca tuvo un episodio de agresión psicológica severa en su vida de pareja, el 28% (17 mujeres) rara vez experimento agresión psicológica severa, mientras el 25% (15) algunas veces los experimento y el 11.7% (7) la sufrió a menudo. Entre las residentes de Tuti, el 41.7% (25 mujeres) nunca tuvo un episodio de agresión psicológica por parte de su pareja, y el 36.7%(22 mujeres) rara vez experimento estos episodios, el 18.3%(11) algunas veces y solo 3.3%(2) sufrió estas experiencias a menudo, resalta que entre los 2 grupos de mujeres más del 50% tuvo

frecuencias bajas de agresión psicológica severa, teniendo las mujeres de Tuti las más bajas frecuencias. Lo que nos indica que la violencia psicológica severa es muy similar entre las dos poblaciones tanto en frecuencia como en prevalencia.

Tabla 12 Prueba T de Student de lugar de residencia y violencia psicológica severa

Prueba T para la igualdad de medias								
	95% de intervalo de confianza de la diferencia							
			Sig.	Diferencia de medias	a de error	diferencia		
	t	gl	(bilateral)	de medias	estándar	Inferior	Superior	
Agresión	1,966	118	0,052	1,20000	0,61036	-0,00868	2,40868	
Psicológica	1,966	107,228	0,052	1,20000	0,61036	-0,00994	2,40994	
Severa								

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,052 mayor a 0.05 asumimos no que existe diferencias estadísticas significativas de la agresión psicológica severa que sufrieron las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Debido a que las mujeres de Coporaque sufrieron con mayor frecuencia agresión psicológica severa por parte de sus parejas en comparación a sus pares de Tuti.

E. Descripción de los resultados para lugar de residencia y violencia física menor

Tabla 13 Contingencia de lugar de residencia y violencia física menor

		Agresión Física Menor					Total
Lugar de Residencia	Coporaque	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	
		Recuento	13	17	15	8	7
Lugar de Residencia	Coporaque	%	21,7%	28,3%	25,0%	13,3%	11,7%
a	Tuti	Recuento	27	16	15	2	0
		%	45,0%	26,7%	25,0%	3,3%	0,0%
Total		Recuento	40	33	30	10	7
		%	33,3%	27,5%	25,0%	8,3%	5,8%
							100%

Nota: Cuadro comparativo sobre violencia familiar en dos comunidades rurales de Caylloma (2019) mediante el Software SPSS V. 24

Fuente: creación propia (2019).

Interpretación:

De las 60 mujeres residentes de Coporaque el 21.7% (13 mujeres) nunca tuvo un episodio de agresión física menor por parte de su pareja, el 28.3% (17 mujeres) rara vez sufrió una agresión física menor, el 25% (15 mujeres) algunas veces padeció agresión de este tipo, el 13,3% (8 mujeres) sufrió a menudo de este tipo de violencia y el 11.7% muy a menudo padeció a agresión física menor por parte de su pareja, en lo que respecta a Tuti el 45% (27 mujeres) nunca tuvo experiencias acerca de este tipo de violencia por parte de su pareja, el 26.7% (16 mujeres) rara vez experimentó estos episodios de maltrato, el 25% (15 mujeres) algunas veces, el 3,3% (2 mujeres) sufrió estas episodios a menudo, ninguna mujer fue víctima muy a menudo de agresiones físicas menores, resalta que el 71% Aprox. de Tuti

tuvo frecuencias bajas de agresiones físicas menores. Lo que nos indica que la violencia física menor se presenta con mayor prevalencia y es más frecuente entre las mujeres de Coporaque, en contra parte a las que viven en Tuti.

Tabla 14 Prueba T de Student de lugar de residencia y violencia física menor

Prueba T para la igualdad de medias							
	95% de intervalo de confianza de la diferencia						
	Diferenci	Sig.	Diferencia	a de error			
	t	gl	(bilateral)	de medias	estándar	Inferior	Superior
Agresion	3,680	118	0,000	2,90000	0,78804	1,33947	4,46053
Fisica Menor	3,680	102,779	0,000	2,90000	0,78804	1,33707	4,46293

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,000 menor a 0.05 asumimos que existen diferencias estadísticas significativas de la agresión física menor que sufrieron las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Debido a que las mujeres de Coporaque sufrieron con mayor frecuencia agresión física menor por parte de sus parejas en comparación a sus pares de Tuti.

F. Descripción de los resultados para lugar de residencia y violencia física severa

Tabla 15 Contingencia de lugar de residencia y violencia física severa

		Agresión Física Severa					Total
Lugar de Residencia	Coporaque	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	
		Recuento	19	17	10	9	5
		%	31,7%	28,3%	16,7%	15,0%	8,3%
a	Tuti	Recuento	32	19	7	1	1
		%	53,3%	31,7%	11,7%	1,7%	1,7%
Total		Recuento	51	36	17	10	6
		%	42,5%	30,0%	14,2%	8,3%	5,0%
							100,0%

Nota: Cuadro comparativo sobre violencia familiar en dos comunidades rurales de Caylloma (2019) mediante el Software SPSS V. 24

Fuente: creación propia (2019).

Interpretación:

De las 60 mujeres de Coporaque, el 31.7% (19 mujeres) nunca sufrió agresión física severa, el 28.3% (17 mujeres) rara vez fue agredida físicamente de forma severa, el 16.7% (10 mujeres) algunas veces, el 15% (9 mujeres) tuvo episodios de violencia física de forma severa a menudo y el 8.3%(5 mujeres) sufre muy a menudo este tipo de violencia. Entre las mujeres residentes de Tuti el 53.3% (32) mujeres nunca padeció de agresión física severa por parte de su pareja, el 31.7% (19 mujeres) rara vez tuvo este tipo de agresión, el 11.7%(7 mujeres) alguna vez sufrió de algún tipo de agresión física severa, mientras que a menudo el 1.7% (1 persona) igual que muy a menudo, resalta que en el grupo de mujeres de Tuti mas del 50% nunca tuvo agresiones físicas severas, mucho menos que en Coporaque. Estos datos nos

indican que la prevalencia de agresión física severa es mayor y más frecuente entre las mujeres de Coporaque que en las de Tuti.

Tabla 16 Prueba T de Student de lugar de residencia y violencia física severa

Prueba T para la igualdad de medias						
	95% de intervalo de confianza de la diferencia					
	Sig.	Diferencia de medias	a de error	Diferenci	confianza de la	diferencia
	t	gl (bilateral)	de medias	estándar	Inferior	Superior
Agresión	3,341	118	0,001	2,40000	0,71838	0,97741
Física Severa	3,341	96,448	0,001	2,40000	0,71838	0,97411

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,001 menor a 0.05 asumimos que existen diferencias estadísticas significativas de la agresión física severa que sufrieron las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Debido a que las mujeres de Coporaque sufrieron con mayor frecuencia agresión física severa por parte de sus parejas en comparación a sus pares de Tuti.

G. Descripción del grado de relación entre lugar de residencia y coacción sexual menor

Tabla 17 Contingencia de lugar de residencia y coacción sexual menor

Tabla cruzada

			Coacción Sexual Menor				Total
			Nunca	Rara	Algunas	A	
			vez			menudo	
Lugar de	Coporaque	Recuento	27	14	13	6	60
Residenci		%	45,0%	23,3%	21,7%	10,0%	100,0%
a	Tuti	Recuento	25	25	3	7	60
		%	41,7%	41,7%	5,0%	11,7%	100,0%
Total		Recuento	52	39	16	13	120
		%	43,3%	32,5%	13,3%	10,8%	100,0%

Nota: Cuadro comparativo sobre violencia familiar en dos comunidades rurales de Caylloma (2019) mediante el Software SPSS V. 24

Fuente: creación propia (2019).

Interpretación:

De las 60 mujeres residentes de Coporaque, el 45% (27 mujeres) nunca sufrieron de coacción sexual menor por parte de su pareja, el 23.3% (14 mujeres) rara vez sufrió de este tipo de coacción, el 21.7% (13 mujeres) algunas veces lo sufrió, y el 10% (6 mujeres) sufrió de coacción sexual menor por parte de su pareja. Entre las 60 mujeres residentes de Tuti, el 41.7% (25 mujeres) nunca sufrió de coacción sexual menor por parte de su pareja, la misma cantidad de mujeres, rara vez sufrió estas experiencias, el 5% (3 mujeres) algunas veces tuvo esa experiencia, y el 11.7% (7 mujeres) a menudo fue víctima de coacción sexual menor por parte de su pareja. Estos datos nos indican que la prevalencia de coacción sexual menor entre las mujeres de Coporaque es levemente mayor y de frecuencia similar a la de Tuti.

Tabla 18 Prueba T de Student de lugar de residencia y coacción sexual menor

Prueba T para la igualdad de medias						
					95% de intervalo de	
			Sig.	Diferencia	Diferenci	confianza de la
	t	gl	(bilateral)	de medias	a de error	diferencia
				estándar	Inferior	Superior
Coacción	1,161	118	0,248	0,56667	0,48818	-0,40007
Sexual	1,161	117,449	0,248	0,56667	0,48818	-0,40012
Menor						

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,248 menor a 0.05 asumimos no que existe diferencias estadísticas significativas de la coacción sexual menor que sufrieron las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Por lo tanto las mujeres de Coporaque y las Tuti sufrieron coacción sexual menor con frecuencias similares.

H. Descripción del grado de relación entre lugar de residencia y coacción sexual severa

Tabla 19 Contingencia de lugar de residencia y coacción sexual severa**Tabla cruzada**

			Coacción Sexual Severa					Total
			Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	
Lugar de Residencia	Coporaque	Recuento	26	17	10	5	2	60
		%	43,3%	28,3%	16,7%	8,3%	3,3%	100%
a	Tuti	Recuento	37	13	4	6	0	60
		%	61,7%	21,7%	6,7%	10,0%	0,0%	100%
Total		Recuento	63	30	14	11	2	120
		%	52,5%	25,0%	11,7%	9,2%	1,7%	100%

Nota: Cuadro comparativo sobre violencia familiar en dos comunidades rurales de Caylloma (2019) mediante el Software SPSS V. 24

Fuente: creación propia (2019).

Interpretación:

De las 60 mujeres que residen en Coporaque , el 43.3% (26 mujeres) nunca tuvo una experiencia de coacción sexual severa por parte de su pareja, el 28.3% (17 mujeres) rara vez experimentó un suceso de coacción de este tipo, el 16.7% (10 mujeres) algunas veces experimentó estos hechos, el 8.3% (5 mujeres) a menudo sufrió de coacción de este tipo, y el 3.3% sufrió coacción sexual severa por parte de sus parejas, entre las mujeres de Tuti, el 61.7% (37 mujeres) nunca experimentó este tipo de coacción por parte de sus parejas, el 21.7% (13 mujeres) rara vez lo hizo, el 6.7% (4 mujeres) alguna vez tuvo un episodio de coacción de este tipo, el 10% (6 mujeres), y ninguna mujer sufrió muy a menudo coacción sexual severa por parte de su pareja. Resalta la frecuencia levemente mayor de coacción sexual severa en el grupo de mujeres de Coporaque. Lo que nos indica que existe mayor

prevalencia y frecuencia de coacción sexual severa en las mujeres de Coporaque, que en las mujeres de Tuti.

Tabla 20 Prueba T de Student de lugar de residencia y coacción sexual severa

Prueba T para la igualdad de medias						
	95% de intervalo de confianza de la diferencia					
	Diferenci	Sig.	Diferencia	a de error	Diferencia	
	t	gl	(bilateral)	de medias	estándar	Inferior
						Superior
Coacción	1,752	118	0,082	1,10000	0,62788	-0,14336
Sexual	1,752	113,755	0,082	1,10000	0,62788	-0,14385
Severa						2,34336

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,082 menor a 0.05 asumimos no que existe diferencias estadísticas significativas de la coacción sexual severa que sufrieron las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Por lo tanto las mujeres de Coporaque y las Tuti sufrieron coacción sexual severa con frecuencias similares.

I. Descripción de los resultados de lugar de residencia y daño menor

Tabla 21 Contingencia para lugar de residencia y daño menor

		Daño Menor			Total
		Nunca	Rara vez	Algunas	
Lugar de Residencia	Coporaque	37	14	9	60
	Tuti	41	16	3	60
	Total	78	30	12	120
		%	61,7%	23,3%	15,0% 100,0%
		%	68,3%	26,7%	5,0% 100,0%
		%	65,0%	25,0%	10,0% 100,0%

Nota: Cuadro comparativo sobre violencia familiar en dos comunidades rurales de Caylloma (2019) mediante el Software SPSS V. 24

Fuente: creación propia (2019).

Interpretación:

De las 60 mujeres que viven en Coporaque, el 61.7% (37) mujeres nunca sufrió de daño menor ocasionado por su pareja, el 23,3% (14 mujeres) rara vez tuvo un episodio referido a este tipo de violencia, y el 15% (9 mujeres) algunas veces experimentó este tipo de daño, ninguna mujer a menudo y muy a menudo sufrió daño menor por parte de su pareja.

Entre el grupo de las 60 mujeres de Tuti el 68.3% (41 mujeres) nunca sufrió de daño menor ocasionado por su pareja, el 26.7% (16 mujeres) rara vez experimentó este tipo de coacción, el 5% (3 mujeres) algunas veces fue víctima de coacción sexual menor, y ninguna mujer sufrió de a menudo y muy a menudo este tipo de coacción. Los que nos indica que la

prevalencia de daño menor en las mujeres de Coporaque es mayor y de frecuencia similar a las de las mujeres de Tuti.

Tabla 22 Prueba T de Student de lugar de residencia y daño menor

Prueba T para la igualdad de medias							
				95% de intervalo de			
			Diferenci	confianza de la			
	Sig.	Diferencia	a de error	diferencia			
	t	gl	(bilateral)	de medias	estándar	Inferior	Superior
Daño Menor	1,103	118	0,272	0,21667	0,19638	-0,17221	0,60555
	1,103	114,419	0,272	0,21667	0,19638	-0,17234	0,60567

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,272 menor a 0.05 asumimos no que existe diferencias estadísticas significativas de daño menor que sufrieron las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Por lo tanto las mujeres de Coporaque y las Tuti sufrieron daño menor con frecuencias similares.

J. Descripción de los resultados de lugar de residencia y daño severo

Tabla 23 Contingencia de lugar de residencia y daño severo

			Tabla cruzada	
			Daño Severo	Total
			Nunca	
Lugar de Residencia	Coporaque	Recuento	60	60
		%	100,0%	100,0%
a	Tuti	Recuento	60	60
		%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	120	120
		%	100,0%	100,0%

Nota: Cuadro comparativo sobre violencia familiar en dos comunidades rurales de Caylloma

(2019) mediante el Software SPSS V. 24

Interpretación:

De las 120 mujeres que fueron parte del estudio, tanto de la comunidad de Coporaque, como la da Tuti, ninguna mujer sufrió daño severo por parte de sus parejas.

Tabla 24 Prueba T de Student de lugar de residencia y daño severo

Media		
Lugar de Residencia	Desviación estándar	de error estándar
Daño Físico	,00000 ^a	0,00000
Severo	,00000 ^a	0,00000

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

No se puede hacer una análisis de la prueba estadística debido a que la dimensión de daño Severo se comporta como una constante sin valor “0”, debido a que nunca se presentó entre las residentes de Coporaque y Tuti, por lo tanto asumimos que las muestras en este apartado son absolutamente iguales.

4.4 Análisis Sociodemográfico

4.4.1 Características Sociodemográficas de las mujeres de las comunidades rurales de Caylloma (Coporaque y Tuti)

Nivel Educativo de la muestra

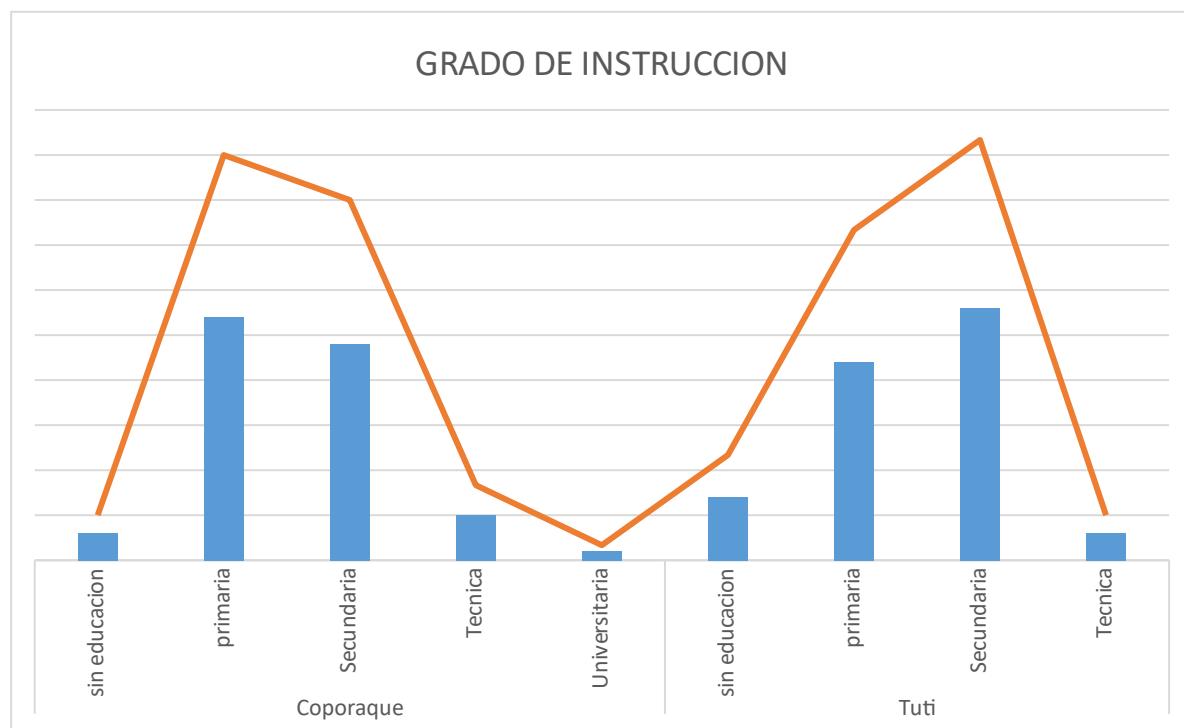


Figura 1 Porcentajes y Frecuencias del grado de Instrucción de mujeres de Coporaque y Tuti, Fuente: creación propia (2019).

Interpretación:

Podemos observar en la figura 1 que en su mayoría las mujeres de Coporaque tienen un grado de instrucción de nivel primario, representado por 27 mujeres (45%) seguido por el grupo que llegó a alcanzar el nivel secundario de educación representado por 24 mujeres (40%), y tan solo 1 mujer de las 60, llegó a estudios de nivel universitario, cabe resaltar que 3 mujeres no tienen estudios de ningún nivel. Mientras que en Tuti la mayoría de mujeres representado por 28 de ellas (46.7%) alcanzo un nivel de educación secundario, seguido por 22 mujeres (36.7%) que estudiaron hasta el nivel primario, 3 de ellas pudieron alcanzar niveles técnicos de educación superior, y 7 de ellas nunca se benefició de la educación impartida por el gobierno.

Tabla 25 Prueba T de Student para Grado de Instrucción

Prueba T para la igualdad de medias						
			Diferencia	confianza de la		
	t	gl	Sig.	Diferencia de error	diferencia	
			(bilateral)	de medias	estándar	Inferior
						Superior
Grado de	0,820	118	0,414	0,117	0,142	-0,165
Instrucción	0,820	117,918	0,414	0,117	0,142	-0,165

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,414 es mayor a 0.05 asumimos que no existe diferencias estadísticas significativas del grado de instrucción entre las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Por lo tanto no asumimos la hipótesis alternativa de la presente investigación.

A. Edad de la muestra

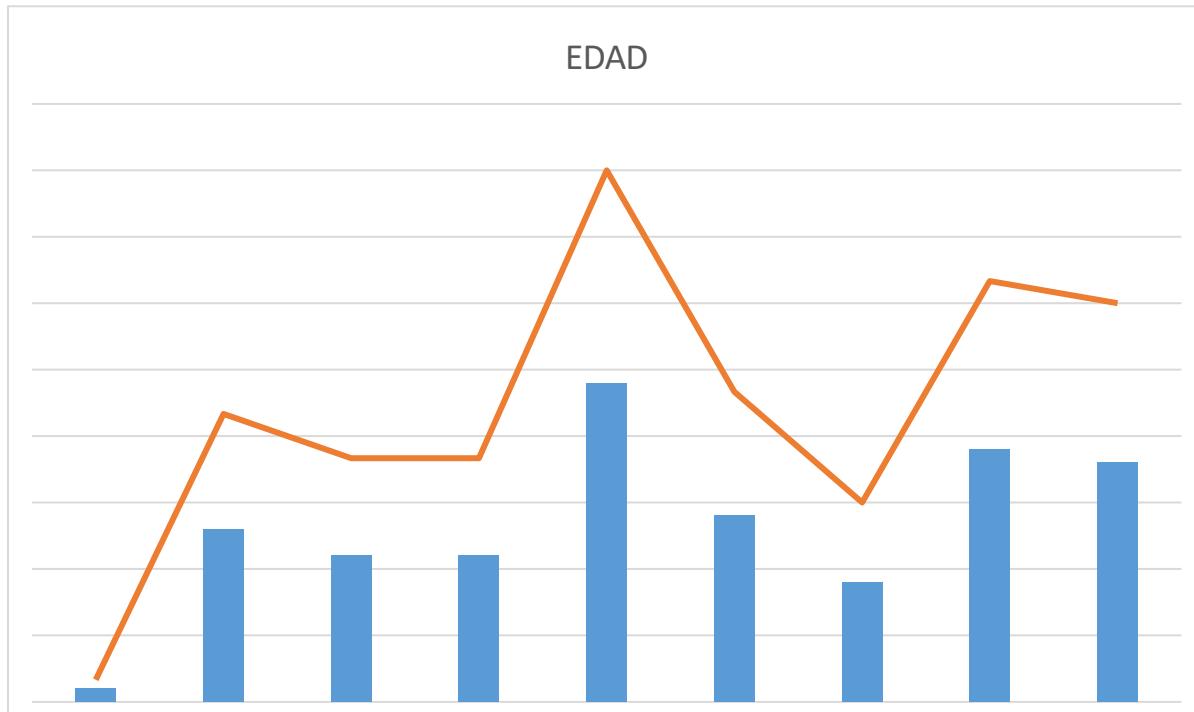


Figura 2 Porcentajes y Frecuencias para edad de mujeres de Coporaque y Tuti

Fuente: creación propia (2019).

La mayoría de mujeres residentes de Coporaque fluctúan entre los 50 y 60 años, lo que representa el 40% (24) del total de mujeres, seguido por las mujeres que tienen entre 20 a 30 años edad que representa al 21.7% (13 mujeres), el 18.3% (11 mujeres) tiene edades entre 30 y 40 años, la misma cantidad de mujeres que fluctúan entre los 40 y 50 años de edad, tan solo una mujer la que representa el 1,7% es menor de 20 años. Del grupo de mujeres residentes de Tuti la mayor cantidad se encuentra entre los 40 y 50 años de edad los que representa el 31.7% (19 mujeres), seguido por las mujeres que se encuentran entre los 50 a 60 años de edad conformado por el 30% (18 mujeres), las mujeres que fluctúan entre los 20 y 30 años de edad representa el 23.3% (14 mujeres), la menor cantidad de mujeres evaluadas para esta investigación tiene edades entre 30 y 40 años.

Tabla 26 Prueba T de Student para edad de mujeres

Prueba T para la igualdad de medias							
						95% de intervalo de	
		Sig.	Diferencia	a de error	Diferenci	confianza de la	
	t	gl	(bilateral)	de medias	estándar	Inferior	Superior
Edad	0,229	118	0,819	0,050	0,218	-0,382	0,482
(Agrupada)	0,229	117,105	0,819	0,050	0,218	-0,382	0,482

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,0819 es mayor a 0.05 asumimos que no existe diferencias estadísticas significativas en la edad de mujeres de las comunidades rurales de Coporaque y Tuti. Por lo tanto asimismo que las edades de las mujeres de las comunidades rurales de Coporaque y Tuti son similares.

B. Ocupación de la muestra

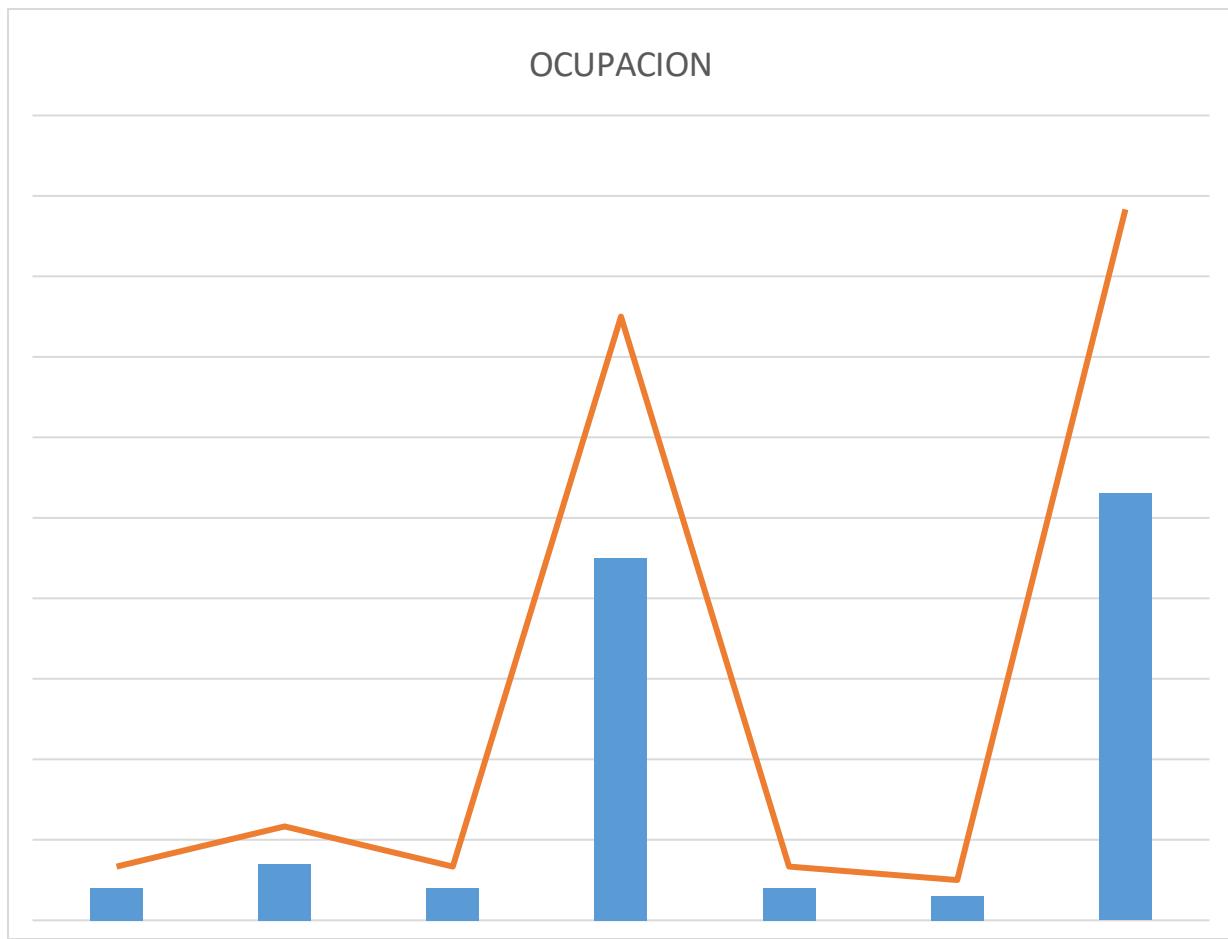


Figura 3 Porcentajes y Frecuencias para ocupación de mujeres de Coporaque y Tuti

Fuente: creación propia (2019).

Las tres cuartas partes del total de mujeres residentes de Coporaque (75%) comparte la función de ama de casa y trabajo en la agricultura como principales ocupaciones, seguido por la actividad de ama de casa, comerciante y agricultura que se realizan de manera compartida, que lo realizan el 11.7 % conformado por 7 mujeres, tan solo un 6.7 % es empleada y trabaja dependiente de instituciones estatales o particulares, representada por 4 mujeres, eso no excluye la labor de ama de casa presente entre todas las mujeres, resalta también que el 6.7% de mujeres combina la función de ama de casa y comercio, principalmente ejercido por mujeres que provienen de otros lugares de la provincia o del país. Entre las 60 mujeres residentes de Tuti el 88,3% se dedica a la agricultura compartiendo la función de ama de casa, solo 3 mujeres (5%) que tienen un trabajo en instituciones como

empleado, y 4 mujeres (6,7%) comparte su función como ama de casa y el comercio, muy similar al grupo de Coporaque.

Tabla 27 Prueba T de Student para Ocupación

Prueba T para la igualdad de medias							
	95% de intervalo de						
	Diferencia	confianza de la					
	Sig.	Diferencia	de error	diferencia			
—	t	gl	(bilateral)	de medias	estándar	Inferior	Superior
Ocupación	-1,583	118	0,116	-0,250	0,158	-0,563	0,063
	-1,583	113,412	0,116	-0,250	0,158	-0,563	0,063

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,116 es mayor a 0.05 asumimos que no existe diferencias estadísticas significativas de la ocupación de las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Por lo tanto las ocupaciones de las mujeres de Coporaque y Tuti son similares.

C. Estado civil de la muestra

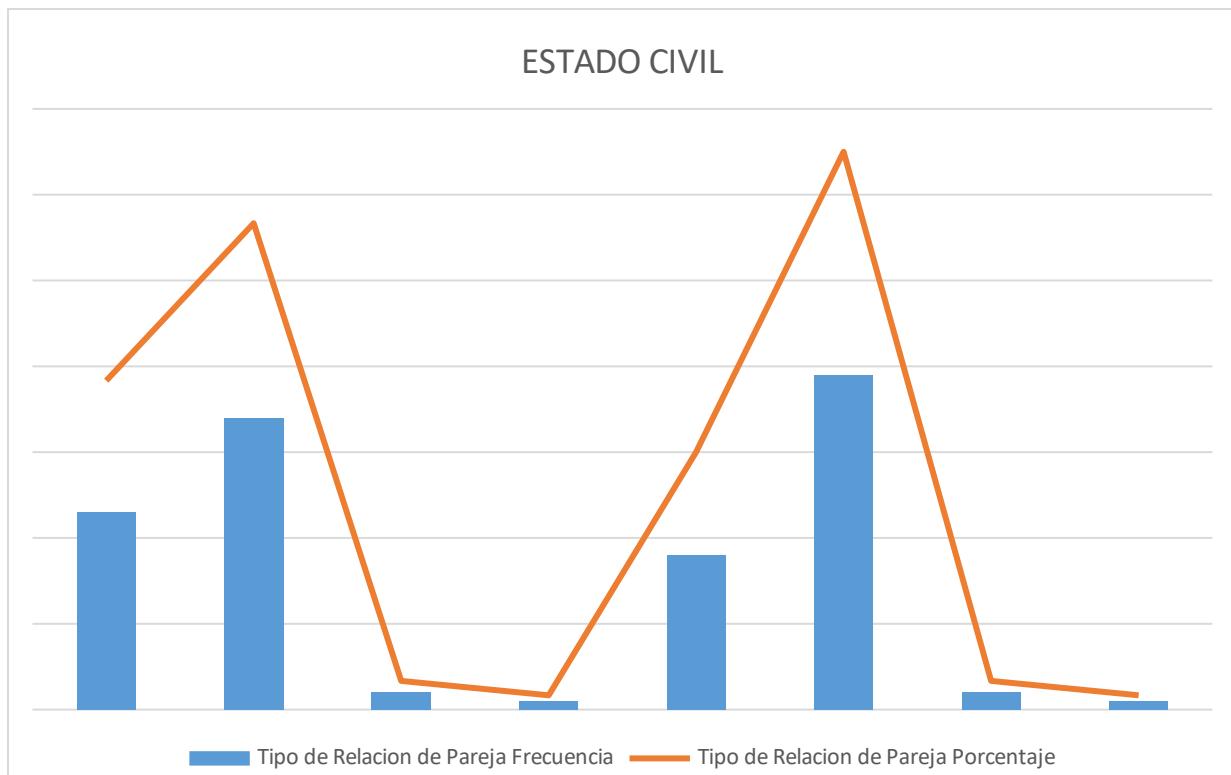


Figura 4: Porcentajes y Frecuencias para estado civil de mujeres de Coporaque y Tuti

Fuente: creación propia (2019).

De las 60 mujeres que residen el Coporaque, 56.7% (34 mujeres) tienen un estado civil de casadas, el 38% (23 mujeres) son convivientes, el 3.3% (2 mujeres) se separó de su pareja en el último año, el 1.7% (1 mujer) enviudo durante el año en curso. Entre las mujeres de Tuti el 65% (39 mujeres) tiene el estado civil de casadas, seguido por el 30% (18 mujeres) conviven con sus parejas, el 3.3% se separaron de sus parejas en el último año, y solo una mujer que representa el 1.7% enviudo en el año en curso. Resalta que en ambos grupos de investigación la cantidad de mujeres casadas supera al 50 % de la muestra total.

Tabla 28 Prueba T de Student para estado civil

Prueba T para la igualdad de medias							
						95% de intervalo de	
				Diferenci		confianza de la	
		Sig.	Diferencia	a de error		diferencia	
	t	gl	(bilateral)	de medias	estándar	Inferior	Superior
Estado civil	-0,750	118	0,455	-0,083	0,111	-0,303	0,137
	-0,750	117,688	0,455	-0,083	0,111	-0,303	0,137

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,455 es mayor a 0.05 asumimos que no existe diferencias estadísticas significativas del estado civil de las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Por lo tanto el estado civil de las mujeres de Coporaque y Tuti es similar.

D. Tiempo de relación de la muestra

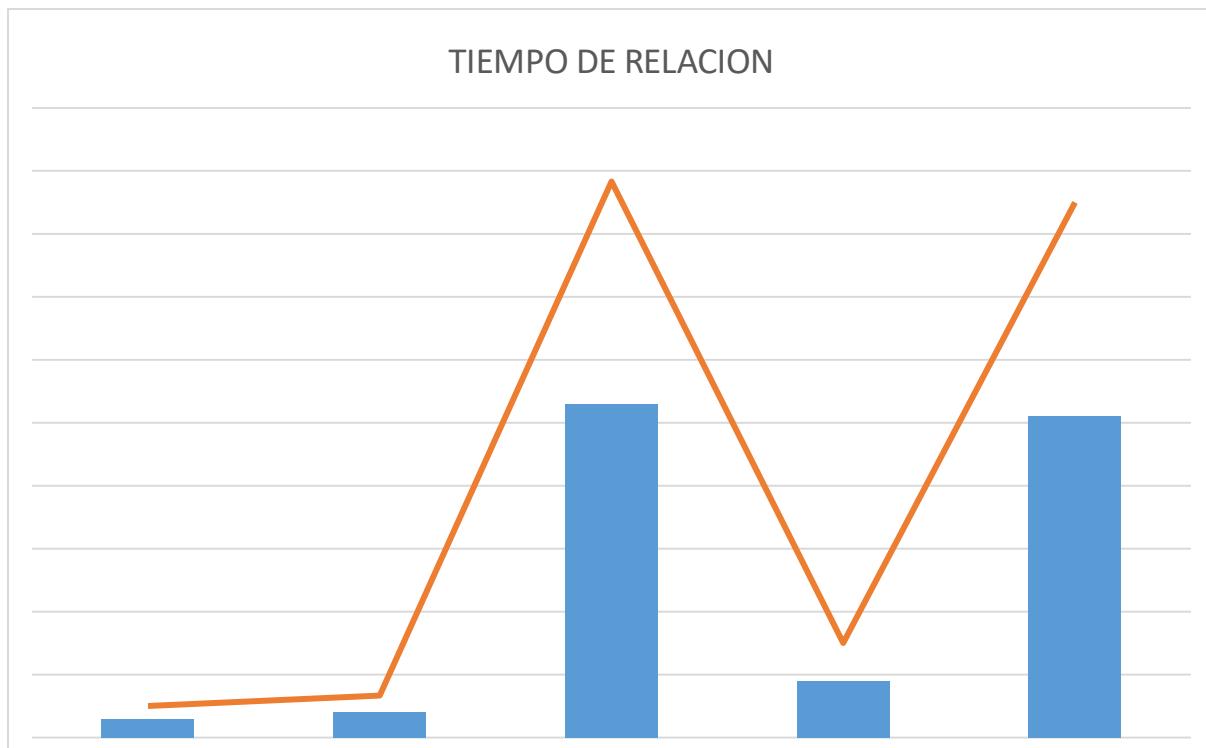


Figura 5: Porcentajes y Frecuencias para tiempo de relación de mujeres de Coporaque y Tuti.

Fuente: creación propia (2019).

De las 60 mujeres residentes de Coporaque, el 88.3% (53 mujeres) tiene un tiempo de relación superior a 5 años, el 6.7% (4 mujeres) tiene una relación con su pareja comprendido en entre 3 y 5 años, y el 5% (3 mujeres) tiene una relación inferior a los 3 años. Entre la mujeres de Tuti el 85% (51 mujeres) tiene una relación mayor a los 5 años con sus parejas, y el 15% (9 mujeres) tiene una relación entre 3 y 5 años.

Tabla 29 Prueba T de Student para Tiempo de Relación

Prueba T para la igualdad de medias						
	95% de intervalo de confianza de la diferencia					
	Sig.	Diferencia de medias	a de error	Diferenci	confianza de la	diferencia
	t	gl (bilateral)	de medias	estándar	Inferior	Superior
Tiempo de	-0,211	118	0,833	-0,017	0,079	-0,173 0,139
Relación con	-0,211	108,016	0,833	-0,017	0,079	-0,173 0,140

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,833 es mayor a 0.05 asumimos que no existe diferencias estadísticas significativas den el tiempo de relación de las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Por lo tanto los tiempos de relación de pareja de las mujeres de Coporaque y Tuti son similares.

E. Número de hijos de la muestra

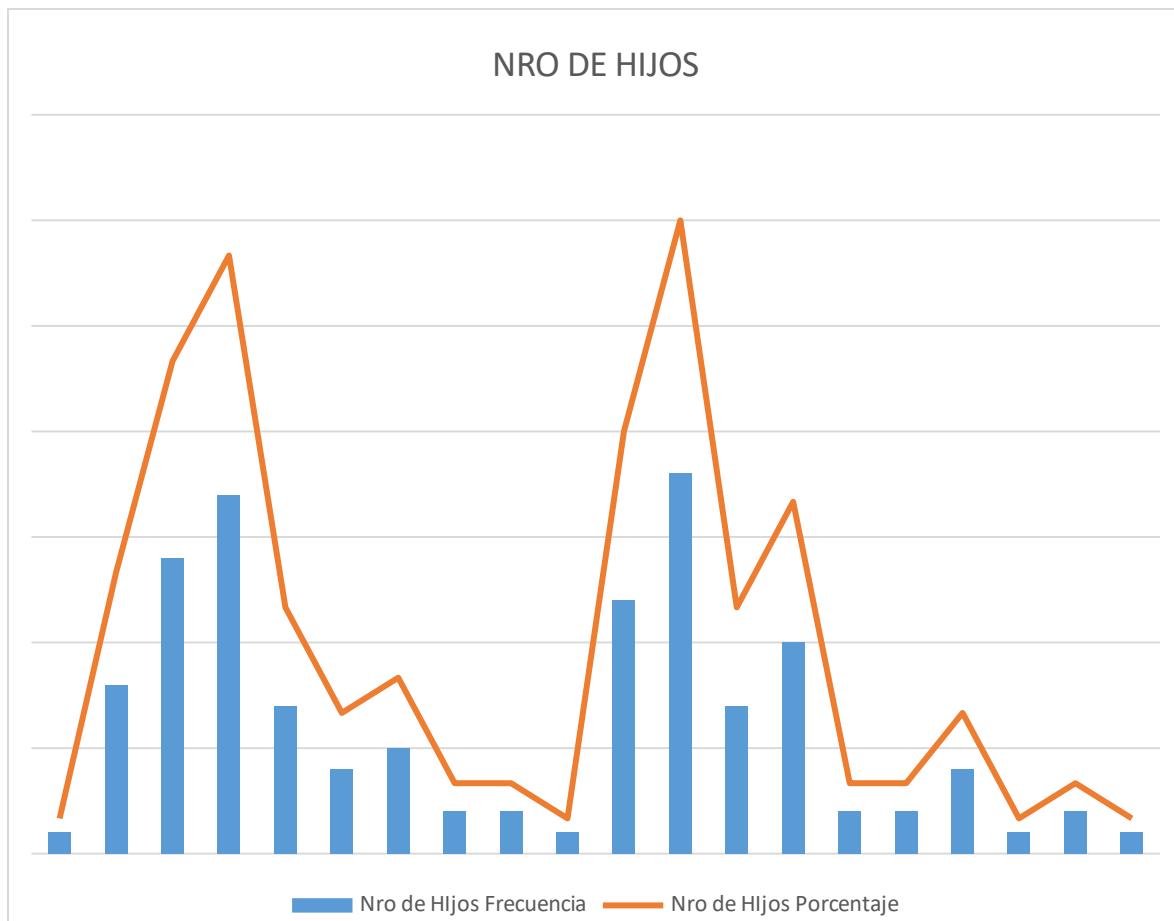


Figura 6 Porcentajes y Frecuencias para número de hijos de mujeres de Coporaque y Tuti, Fuente: creación propia (2019).

De las 60 mujeres residentes en Coporaque la mayoría tiene entre 2 y 5 hijos, mientras que en el distrito de Tuti las mujeres tienen entre 1 y 4 hijos.

Tabla 30 Prueba T de Student para número de hijos

Prueba T para la igualdad de medias							
						95% de intervalo de	
				Diferenci		confianza de la	
			Sig.	Diferencia	a de error	diferencia	
	t	gl	(bilateral)	de medias	estándar	Inferior	Superior
Nro. de	-0,166	118	0,869	-0,067	0,403	-0,864	0,731
Hijos	-0,166	108,313	0,869	-0,067	0,403	-0,865	0,732

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,869 es mayor a 0.05 asumimos que no existe diferencias estadísticas significativas entre el número de hijos que tienen de las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Por lo tanto la cantidad de hijos de las mujeres de Coporaque y Tuti son similares.

F. Problemas económicos familiares de la muestra

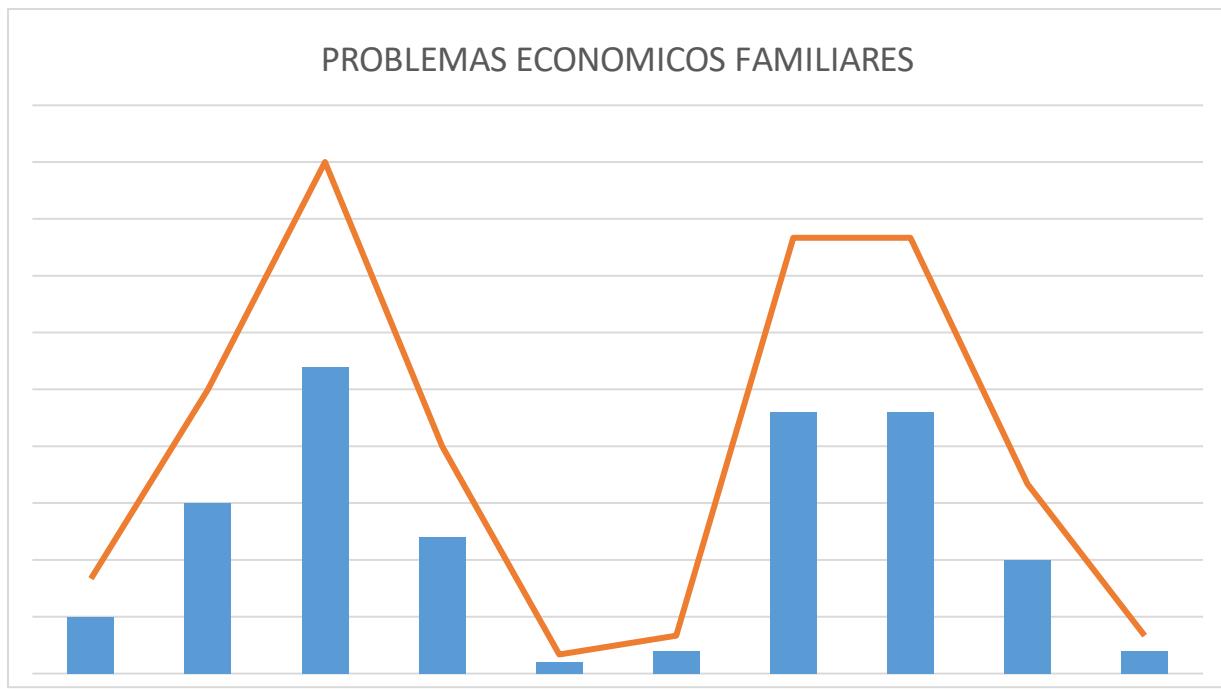


Figura 7: Porcentajes y Frecuencias de problemas económicos de mujeres de Coporaque y Tuti

Fuente: creación propia (2019).

De las 60 mujeres que viven en Coporaque, el 45% (27) regularmente tiene problemas económicos, el 25% (15 mujeres) pocas veces, el 20% (12) muchas veces tiene dificultades económicas, el 8,3% (5 mujeres), nunca tiene problemas económicos) y solo 1 mujer siempre tiene dificultades económicas familiares. Del grupo de mujeres que residen en Tuti el 38% (23 mujeres) regularmente tienen problemas económicos igual que las mujeres que pocas veces lo tienen, el 16,7% (10 mujeres) muchas veces tiene dificultades económicas, y el 3,3% (2 mujeres) siempre tiene problemas económicos igual que las que nunca lo tienen. Cabe resaltar que entre los dos grupos de residentes regularmente tiene problemas económicos siendo este más alto en la población de Coporaque.

Tabla 31 Prueba T de Student para problemas económicos y familiares

Prueba T para la igualdad de medias						
	95% de intervalo de confianza de la diferencia					
	Sig.	Diferencia de medias	a de error	Diferenci	confianza de la	diferencia
	t	gl (bilateral)	de medias	estándar	Inferior	Superior
Problemas	0,203	118	0,839	0,033	0,164	-0,291 0,358
Económicos	0,203	117,898	0,839	0,033	0,164	-0,291 0,358
Familiares						

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,839 es mayor a 0.05 asumimos que no existe diferencias estadísticas significativas de los problemas económicos familiares que tienen las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Por lo tanto los problemas económicos familiares de las mujeres de Coporaque y Tuti son similares.

G. Consumo de alcohol de las parejas de la muestra



Figura 8: Porcentajes y Frecuencias consumo de alcohol de parejas de mujeres de Coporaque y Tuti, Fuente: creación propia (2019).

Fuente: creación propia (2019).

De las 60 mujeres residentes de Coporaque el 41.7% (25 mujeres) tiene parejas que frecuentemente consumen alcohol es decir de 1 a 2 veces por mes, el 33.3 % (20 parejas) casi nunca consume alcohol y si lo hace es de 1 a 3 veces al año principalmente en fiestas patronales o aniversarios del pueblo. El 18.3% (11 parejas) tiene una frecuencia de 3 o más veces de consumo de bebidas alcohólicas a la semana, y el 3.3% (2 parejas) casi siempre consume alcohol es decir de a 2 veces a la semana, igual que aquellas personas que nunca consumen bebidas alcohólicas, es decir el otro 3.3%. en el grupo de Tuti, las parejas de las mujeres que consumen alcohol casi nunca, es decir de 1 a 3 veces al año es del 66.7% (40 mujeres), las parejas que nunca consumen alcohol son el 20% (12 parejas), las que consumen frecuentemente entre 1 a 2 veces al mes son el 11.7% (7), y solo una persona consume alcohol siempre es decir más de 3 veces a la semana, resalta la diferencia entre los grupos de

estudio que los índices más altos de consumo de alcohol sea entre las parejas de las mujeres de Coporaque, mientras que la personas que nunca consumen alcohol sea muchísimo más elevado entre las parejas de las residentes de Tuti, además de que se nota que existen según la estadística de este estudio niveles más perniciosos de consumo de bebidas alcohólicas en Coporaque.

Tabla 32 Prueba T de Student para consumo de alcohol de pareja

Prueba T para la igualdad de medias						
					95% de intervalo de	
	Sig.	Diferencia	a de error	Diferenci	confianza de la	diferencia
	t	gl	(bilateral)	de medias	estándar	Inferior
						Superior
Frecuencia	6,090	118	0,000	1,033	0,170	0,697
de Consumo	6,090	97,987	0,000	1,033	0,170	0,697
de Alcohol						1,369
de Pareja						1,370

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,000 es menor a 0.05 asumimos que existe diferencias estadísticas significativas de la frecuencia de consumo de alcohol de las parejas de las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Por lo tanto las parejas de las mujeres de Coporaque tienen frecuencias mayores de consumo de alcohol en comparación a las parejas de las mujeres de Tuti.

H. Muestra de víctimas de violencia en la niñez o adolescencia

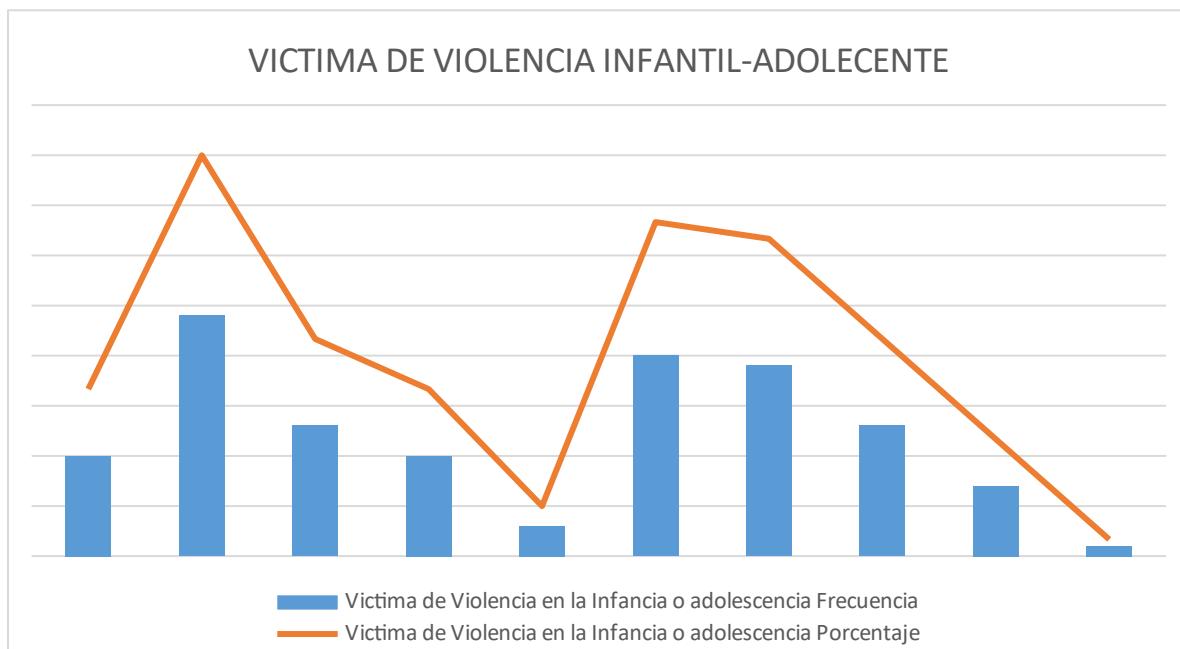


Figura 9: Porcentajes y Frecuencias de víctimas de violencia durante la niñez y/o adolescente de Coporaque y Tuti

Fuente: creación propia (2019).

De las 60 mujeres residentes en Coporaque, el 40% (24 mujeres), pocas veces fue víctima de violencia durante su niñez y adolescencia, el 21.7% (13 mujeres) regularmente sufrió de violencia, el 16.7% (10 mujeres) muchas veces experimentó maltrato y violencia, la misma cantidad nunca lo sufrió, y el 3% (5 mujeres) siempre fue víctima de violencia durante su niñez y adolescencia, este tipo de maltrato regularmente vino por parte de sus familiares más cercanos. Entre las residentes de Tuti el 33.3% (20 mujeres) nunca sufrió de violencia durante su niñez y adolescencia, el 21.7% (13 mujeres) regularmente sufrió violencia, el 11.7% (7 mujeres) muchas veces fue víctima y una mujer siempre fue víctima de violencia durante su niñez y adolescencia. Resalta que entre las residentes de Coporaque los índices de experiencias como víctimas de diferentes tipos de violencia fueron mayores que en Tuti, mostrando una diferencia entre los dos grupos de mujeres de Caylloma.

Tabla 33 Prueba T de Student para víctima de violencia en la infancia y/o adolescencia

Prueba T para la igualdad de medias						
	95% de intervalo de confianza de la diferencia					
	Sig.	Diferencia de medias	a de error	Diferenci	confianza de la	diferencia
	t	gl (bilateral)	de medias	estándar	Inferior	Superior
Víctima de	1,835	118	0,069	0,367	0,200	-0,029
Violencia en	1,835	117,875	0,069	0,367	0,200	-0,029
la Infancia o						0,762
adolescencia						

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,069 es mayor a 0.05 asumimos que no existe diferencias estadísticas significativas de las mujeres que fueron víctimas de violencia durante la niñez y/o adolescencia entre las mujeres de residentes de las comunidades rurales de Coporaque y Tuti. Por lo tanto la violencia que sufrieron las mujeres de Coporaque y Tuti es similar.

I. Religión de la muestra

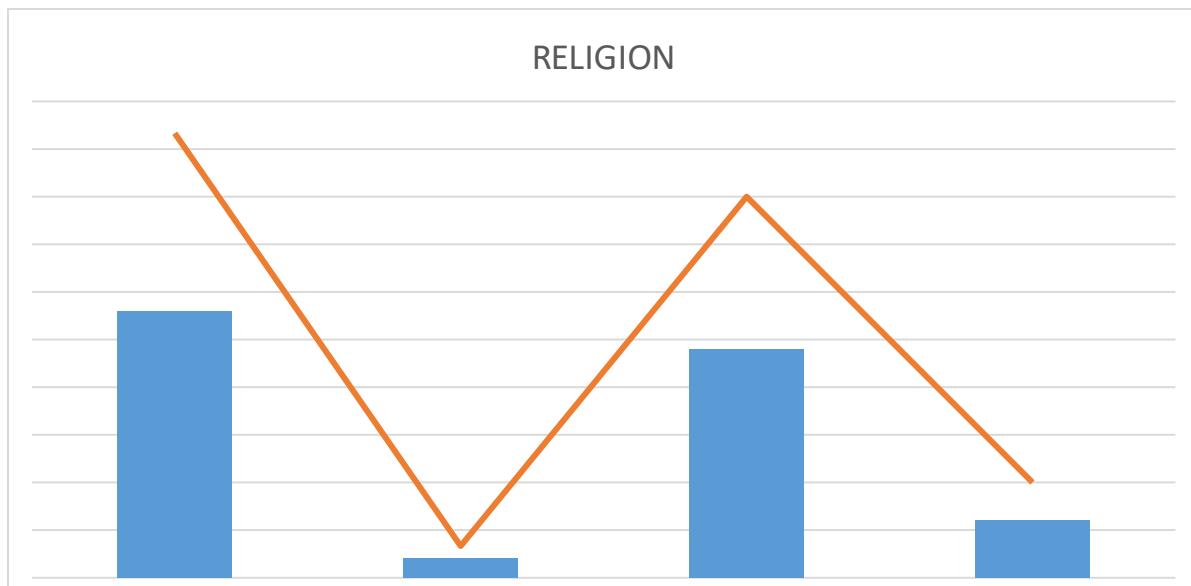


Figura 10: Porcentajes y Frecuencias de religión de las mujeres de Coporaque y Tuti

Fuente: creación propia (2019).

La religión que profesan las residentes de Coporaque es en su mayoría la católica siendo esta el 93.3% (56 mujeres) y e, 6.7% (4 mujeres) de religión evangelista. Entre las mujeres de Tuti vemos que existe una mayor presencia de la religión evangelista entre sus residentes el cual corresponde al 20% (12 mujeres) y el 80% restante a la religión Católica.

Tabla 34 Prueba T de Student para religión

Prueba T para la igualdad de medias							
	95% de intervalo de						
	Diferenci	confianza de la					
	Sig.	Diferencia	a de error	diferencia			
	t	gl	(bilateral)	de medias	estándar	Inferior	Superior
Religión	-2,173	118	0,032	-0,267	0,123	-0,510	-0,024
	-2,173	98,861	0,032	-0,267	0,123	-0,510	-0,023

Nota: Datos obtenidos con el software estadístico SPSS V.24

Fuente: creación propia (2019).

Análisis:

Debido a que el grado de significancia es de 0,032 es menor a 0.05 asumimos que existe diferencias estadísticas significativas de la religión que profesan las mujeres que residen en la comunidad rural de Coporaque y Tuti. Entre las mujeres de Tuti se puede observar que existe en Tuti, presencia de evangelistas en un porcentaje representativo.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La violencia es un tema bastante investigado sobre todo por la concepción de género que en los últimos años se ha implementado en las políticas de estado, pero consideramos que existe un vacío aun; el cual crea vulnerabilidad en la mujer, sobre todo en lugares alejados, lo que conlleva al olvido y a una pobre atención en estas poblaciones, es en sentido que dirigimos la mirada hacia la ruralidad, que consideramos un tema importante respecto a que crea vulnerabilidades sobre todo por el escaso acceso a las instituciones del estado, así como las condiciones propias que la ruralidad crea en la mujer. La presente investigación buscó encontrar las diferencias de la violencia en dos pueblos rurales y en su camino investigativo contrastó la información obtenida por otros investigadores, las cuales desarrollamos a continuación:

Canaval y otros (2007) nos refieren que las mujeres que denunciaron maltrato de pareja eran en su mayoría parte de estratos sociales deprimidos, con niveles bajos de escolaridad, desempleo, y su labor principal era la de ama de casa, todas tenían hijos, las cuales habían experimentado violencia en su familia primaria, así como experiencias de maltrato en relaciones anteriores. Dichos resultados son similares a los encontrados en el presente estudio aunque las muestras son geográfica y culturalmente diferentes, consideramos

que los niveles bajos de escolaridad son un factor de riesgo en las mujeres para que sean víctimas de violencia en pareja, debido a que niega su posibilidad de acceso a mejores oportunidades de desarrollo y empleo, también limita el conocimiento de acceso a información sobre los sistemas de protección existente, muchas veces asumiendo que la violencia es parte de sus relaciones y la cual la normalizan a través de la socialización con sus pares iguales o de menor educación. Otro aspecto que compartimos con la investigación colombiana es el nivel de desempleo presente entre las mujeres estudiadas el cual genera pobreza. Consideramos que estos factores son determinantes para el encierro de la mujer a la labor doméstica, y en este contexto es sometida por quien provee sustento económico para la familia.

Cuba, Ferrer y Gonzales (2008) encontraron que las mujeres de origen rural tenían quejas frecuentes de violencia psicológica, las cuales se dan mediante gritos, trato posesivo, control ofensas, sobrecarga de roles, y otros, compartimos los resultados salvando las distancias propias de diferencias socioculturales con la población cubana, en la presente obtuvimos que es muy frecuente, diríamos hasta casi “normal” los gritos por parte de la pareja hacia las mujeres rurales, considerado en nuestro instrumento como: violencia psicológica menor, así también la multifunción ejercida por la mujer respecto a las labores que realizan, como por ejemplo el de ama de casa, con peón de chacra, y comerciante.

Una de las investigaciones con mayor alcance en cantidad de personas (3157) fue realizada en Colombia por Klevens (2001) quien investigó la violencia física contra la mujer en Santa Fe y Bogotá sobre la prevalencia de violencia y los factores asociados a ella, en dicha investigación nos refiere que la cuarta parte había sido abofeteada, y que la octava parte había sido golpeada con puño cerrado, patadas y objetos, en la presente investigación encontramos casos similares sobre todo expuesta en la tabla 15 en la cual observamos que el 30% del total de mujeres había sufrido un acto de violencia física severa, donde están

consideradas los golpes, patadas y agresión con objetos. Por lo tanto compartimos los resultados salvando la diferencia del estudio colombiano que no fue realizado en ambientes rurales, lo que consideramos alarmante es el hecho de que en nuestra investigación ninguna mujer había denunciado el hecho.

En Bangladesh Bates y otros (2004), en un estudio sobre factores socioeconómicos y procesos relacionados con la violencia doméstica en zonas rurales encontró que el 67% había sufrido violencia doméstica y que los factores socioeconómicos de la ruralidad pueden influir en el nivel de riesgo con respecto a la vida doméstica, resaltamos que para la presente investigación tomamos el término de violencia doméstica, símil a violencia intrafamiliar, por lo tanto compartimos la conclusión del estudio referente a los factores socioeconómicos afirmando que, son factores de riesgo para la violencia contra la mujer en la vida de pareja, así como la cantidad de personas que había sufrido violencia que en nuestra investigación fue mucho mayor, solo una persona refiere no haberla sufrido.

En Perú, Asto y Rodriguez (2012) , nos refieren que en Huamachuco la violencia psicológica en mayor porcentaje fue leve o moderada, la violencia sexual moderada, la edad o educación no influyen en la violencia de pareja, igual que el estado civil, pero si en el violencia sexual, el grado de instrucción influye en el tipo de violencia física pero no en la sexual, en la presente encontramos que solo 1 mujer no sufrió violencia psicológica menor o leve, y que el 80% aproximadamente sufrió de este tipo de violencia rara o alguna vez, hecho que compartimos con el estudio realizado en Huamachuco, en lo que respecta a violencia sexual en nuestra investigación más de 70% rara o ninguna vez fue víctima, hecho que contrasta con el encontrado por Asto y Rodriguez (2012), en lo referente a la educación y al estado civil, aunque la presente no busca la relación entre las variables sino la diferencia de grupos, encontramos en las estadísticas que es mayor la violencia mientras menor es el grado

educativo de la mujer, tal como lo referimos en los cuadros sociodemográficos de violencia y nivel educativo.

Caballero y otros (2009) nos refieren que según su estudio sobre violencia psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú encontró que el 46% era conviviente, el 38.5% tenía instrucción primaria el 4 el 35 secundaria y el 5.5 % analfabeta y que el consumo de alcohol por parte de la pareja aumentaba el riesgo, en el presente encontramos que el porcentaje de personas que nunca se beneficiaron con algún nivel de educación fue el 5% muy similar al porcentaje obtenido por Caballero, por lo tanto compartimos que el nivel de analfabetismo ronda el 5 % del total, referente a la educación secundario también obtuvimos porcentajes similares. En lo referente a la convivencia, encontramos que el 38.3% vive bajo esta modalidad de unión de pareja, menor aproximadamente en 8% a la muestra de pueblos rurales de Caylloma, compartimos también la conclusión en el apartado a que el consumo de alcohol aumenta el riesgo de sufrir violencia no solo psicológica, sino principalmente física.

Cueva y Julca (2015) nos refiere que la violencia física prevalece con un 37.1% sobre los otros tipos de violencia, conclusiones diferentes a los encontrados en la presente investigación, en donde la prevalencia de la violencia psicológica es superior entre todos los tipos de violencia, además de que según la teoría, la cual compartimos ampliamente la violencia de pareja, es con mayor frecuencia psicológica, es mas en el la violencia física es implícita la presencia de insultos, menoscabo y otras formas de violencia psicológica.

Benavides (2015) nos refiere que en las comunidades de Cusco el tipo de violencia de género más frecuente es la física, y que el detonante es el excesivo consumo del alcohol, no compartimos la posición de ese estudio debido a que consideramos tal como lo refiere la tabla 9, 11, 13 y 15, el porcentaje de violencia psicológica es mayor a la violencia física, similar a la posición que asumimos contra Cueva y Julca (2015), en lo referente a que el detonante es el excesivo consumo del alcohol podemos decir que aunque es un factor de riesgo resaltante

en la violencia de pareja, no creemos que sea el detonante, inclinándonos hacia otros factores sociodemográficos en su conjunto, los cuales deben tenerse en cuenta para una comprensión global del problema de la violencia, contra la mujer en la vida intrafamiliar.

En lo referente a estudios dentro de nuestra localidad encontramos la opinión de Chama (2008) quien concluye que en Chivay la violencia contra la mujer es aproximadamente del 26%, y el 49.5% tiene un estado civil de conviviente, su nivel de educación es de primaria 43%, y que el 55% refiere haber sufrido de violencia en la niñez. En nuestro estudio encontramos datos similares en lo que respecta a datos sociodemográficos, sin embargo en lo referente a violencia obtuvimos que absolutamente todas las mujeres sufrieron algún tipo de violencia en algún momento de su relación, hecho que se contrapone a Chama, en muchas de las personas evaluadas se encontró que existía cierta justificación al maltrato, sufrido, y pasaba más en ellas la opinión y juzgamiento social, quizá sea debido a eso que solo se registró un porcentaje menor en lo que a violencia de pareja se refiere, por eso consideramos que se debería tener este aspecto en futuras investigaciones.

Muñoz y Bustamante (2015) observaron que existe un predominio de la violencia psicológica en la vida doméstica de las mujeres de Arequipa, hecho que compartimos, nuestra posición es que la violencia psicológica está muy presente en la vida conyugal, principalmente a través de gritos , tal como lo mencionamos y sustentamos con anterioridad, otra conclusión de Muñoz y Bustamante es que los comportamientos violentos se aprenden de los padres, ante esto tenemos la opinión de que la familia como ente socializador y formador, impone de manera directa o indirecta conductas, pensamientos y sentimientos acerca del trato con otros individuos, por lo tanto influye en la formación de seres violentos y víctimas de la violencia. Muñoz y Bustamante nos refieren también que las mujeres no denuncian la violencia debido a su dependencia emocional y económica, posición que compartimos, debido a que encontramos en nuestro estudio mediante el instrumento de

evaluación que muchas mujeres habían sufrido daños mayores pero que no se podía registrar en la encuesta como tales debido a que no pudieron asistencia médica en los establecimientos de salud debido al temor de que el proceso se judicializara, hecho que nos causó preocupación.

CONCLUSIONES

PRIMERA: La violencia de pareja global contra la mujer en las dos comunidades de la provincia de Caylloma, durante el último año no presenta diferencias estadísticamente significativas.

SEGUNDA: Las características sociodemográficas del último año de las comunidades rurales de Coporaque y Tuti, son similares, respecto a grado de instrucción, estado civil, problemas económicos familiares, y religión, sin embargo es diferente en el consumo de alcohol por parte de sus parejas, siendo en Coporaque donde los índices son más altos, así como la violencia de pareja.

TERCERA: La prevalencia de violencia psicológica contra las mujeres por parte de su pareja en la comunidad de Coporaque en el último año es mayor y más frecuente, de lo que se presenta entre las mujeres de Tuti.

CUARTA: La prevalencia de la violencia física infligida a las mujeres por parte de su pareja en el último año, fue elevada entre las mujeres de Coporaque, donde se presentó con mayor frecuencia, a diferencia de lo que se encontró entre las mujeres que residen en Tui, existiendo una diferencia significativa entre estas dos comunidades respecto a este tipo de violencia y su frecuencia.

QUINTA: La prevalencia de violencia sexual padecida por las mujeres por parte de su pareja en la comunidad de Coporaque en el último año es levemente mayor que la prevalencia encontrada en el distrito de Tuti, aunque no se encuentran diferencias significativas entre ambas poblaciones.

SEXTA: Existen diferencias entre los tipos específicos de violencia ejercidos contra la mujer de las dos comunidades de Caylloma en el último año, se encontró que las mujeres de Coporaque sufren violencia física y psicológica con mayor frecuencia mientras que la violencia sexual y daños físicos se mantienen en un nivel similar.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Las autoridades deben llevar un registro estadístico exacto de los casos de violencia que se suscitan en las comunidades, de esta manera se podrá mejorar la implementación de acciones contra la violencia, es conveniente que las autoridades presten asesoría jurídica, psicológica y social a las denunciantes ya que muchas de ellas desisten del procesos por desconocimiento.

SEGUNDA: Desarrollar acciones de prevención: talleres, campañas, charlas, conversatorios, etc. que permitan un mejor reconocimiento de la violencia y sus diferentes modalidades dirigidas a todos los componentes de la familia, pero principalmente a los niños. Realizar intervenciones psicológicas orientadas a desarrollar formas activas de manejo de conflictos en las parejas de las comunidades.

TERCERA: Expandir la investigación de violencia de pareja contra la mujer hacia otras comunidades, con la finalidad de encontrar mayor validez y que la investigación pueda ser generalizada a la población rural.

CUARTA: Profundizar sobre el tema de violencia contra la mujer realizando investigaciones de tipo cualitativo y tomando en cuenta otras variables, tales como el consumo de alcohol.

QUINTA: Realizar investigaciones sobre la influencia de la Ley Seca impuesta en el distrito de Tuti desde hace 20 años y los efectos de la misma sobre la violencia contra la mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arequipa , J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*, 33(2), 411-437.
- Álvarez Cruz, M., & Ruelas Chambez, F. (2011). Estrategias de afrontamiento en mujeres frente a la violencia conyugal, comisaría Juan de Dios Colque Apaza, Arequipa, 2010. *Tesis de Licenciatura*. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa.
- Aranibar , R., & Ayerbe, A. (2015). Promotor forestal e innovaciones en las comunidades de Maca y Coporaque:"Caylloma. *Tesis de Licenciatura*. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa.
- AUTOCOLCA. (2009). Wiñaypa Colca - Eternamente Colca. (G. Rodríguez , Ed.) Arequipa, Chivay.
- Butchart, A., García-Moreno, C., & Mikton, C. (2011). *Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC:.
- Caballero , J., Alfaro , M., Nuñez, Y., & Torres, H. (2009). Violencia psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú, 2004-2007. *Revista Peruana de Epidemiología*, 13(3), 1-7. Recuperado el 19 de 06 de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203120367006>
- Canaval Erazo, G. E., Cecilia González, M., & Sánchez, M. O. (2007). Perfil sociodemográfico de las mujeres que denuncian maltrato de pareja en la ciudad de Cali. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9(2), 159-176.
- Castillo Saavedra, E., Bernardo Trujillo, J., & Medina Reyes, M. (2018). Violencia de género y autoestima de mujeres del centro poblado Huanja – Huaraz, 2017. *Horizonte Médico*, 18(2), 47-52.
- CEPAL. (2012). *Población, territorio y desarrollo sostenible*. Organización de las Naciones Unidas. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, Santiago de Chile. Recuperado el 03 de 06 de 2019, de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/22425/S2012034_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Cienfuegos , Y., & Díaz-Loving, R. (2010). Violencia en las relaciones de pareja. Mexico: Miguel Ángel Porrúa.
- Cueva Reyes , K., & Julca Morales , D. (2015). Tipos de violencia por parte de la pareja en mujeres que acuden a un establecimiento de salud de Chiclayo. *Tesis de Licenciatura*. Universidad Privada Juan Mejía Baca, Chiclayo.
- Decreto Supremo N° 004. (17 de 08 de 2012). Plan Nacional de Igualdad de Género (2012-2017). Lima.
- Diario Oficial El Peruano. (06 de 11 de 2015). Ley N° 30364. *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*. Lima, Perú.
- Dirven, M., Echeverri , R., Sabalain, C., Rodríguez, A., Candia , D., Peña, C., & Faiguenbaum, S. (2011). *Hacia una nueva definición de “rural” con fines estadísticos en América Latina*. Documento de proyecto, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile.
- Durán , A., Díaz, M., Valdés , Y., García , A., & Ana , C. (2003). *Convivir en familias sin violencia. Una metodología para la intervención y prevención de la violencia intrafamiliar*. Informe de Investigación, Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS), La Habana.
- Escudero , K. (2017). *La situación de las mujeres rurales en el Perú*. Asociación Servicios Educativos Rurales – Perú.
- Esparcia, J., & Noguera, J. (2001). *Los espacios rurales en transición*. (J. Vera , A. Morales, & J. Romero, Edits.) Barcelona: Ariel.
- Ferrer Lozano, D., & González Ibarra, M. (2008). Violencia psicológica de género en parejas rurales cubanas. *Psicología para América Latina*(14). Recuperado el 20 de 06 de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300011
- Flores, B. R. (2005). Violencia de género en la escuela: Sus efectos en la identidad, en la autoestima y en el proyecto de vida. *Revista Iberoamericana De Educación*, 38, 67-86. Obtenido de <https://doi.org/https://doi.org/10.35362/rie380831>

- Gallegos , F., & Pantigoso , C. (2016). Aprovechamiento de los recursos turísticos para alcanzar el desarrollo del turismo rural comunitario en el distrito de Coporaque - Caylloma, 2016. *Tesis de licenciatura*. Universidad Católica Santa María, Arequipa.
- García-Moreno, C., & Stöckl, H. (2009). Protection of sexual and reproductive health rights: Addressing violence against women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 200(109), 144-147.
- García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl , H., Watts, C., & Abrahams, N. (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Resumen de orientación, Organizacion Mundial de la Salud, Ginebra.
- Gonzales , H., & Fernández, T. (2010). Género y Maltrato: violencia de pareja en los jóvenes de Baja California. *Estudios Fronterizos, nueva época*, 11(22), 97-128.
- Heise, L. (1994). *Violencia contra la mujer. La cara oculta de la salud*. Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Washington.
- Heise, L. (2011). *What works to prevent partner violence? An evidence overview. Working paper*. (D. f. Development, Ed.) Londres .
- Heise, L., & Garcia-Moreno, C. (2003). La violencia en la pareja. (E. Krug, L. Dahlberg, J. Mercy, A. Zwi, & R. Lozano, Edits.) *Publicación Científica y Técnica*, 95-131.
- Hernández , R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de Investigación* (5 ed.). Mexico D.F.: McGraw Hill Editorial.
- Hirigoyen, M.-F. (2006). *Mujeres maltratadas: los mecanismos de la violencia en la pareja*. Buenos Aires: Paidos.
- INEI. (2012). *erú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011*. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima . Recuperado el 18 de 06 de 2019, de <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2011/Libro.pdf>
- Informática, Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Resultados Definitivos del departamento de Arequipa. Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas*,. Lima.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2008). Encuesta Demográfica y De Salud Familiar: ENDES CONTINUA. Lima.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). En el perú alrededor de 3 millones y medio de mujeres residen en el área rural . *Nota de prensa*. Lima. Recuperado el 01 de 07 de 2019, de <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n172-2015-inei-4.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Perú: “Brechas de Género, 2017: Avances hacia la igualdad de mujeres y hombres*. Lima.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)*. Lima.

Jaen, C., Rivera, S., Amorin, E., & Rivera , L. (2015). Violencia de Pareja en Mujeres: Prevalencia y Factores Asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(3), 2224-2239.

Jesus , A. (2005). La violencia doméstica jamás se justifica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 2(1), 1-4.

Jimenez Quille, V., & Torres Quispe, Y. (2016). Factores culturales de la pareja y la violencia a la mujer del programa “vaso de leche” del distrito de Puyca - La Unión – 2016. *Tesis de Licenciatura*. Universidad Nacional de san Agustín de Arequipa, Arequipa.

Kayser, B. (1990). *La renaissance rurale: sociologie des campagnes du monde occidental*. Paris: Armand Colin.

Klevens, J. (2001). Violencia física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores asociados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2(9), 78-83.

Martinez , Q. (2003). La violencia de género en la relación de pareja ¿una cuestión no perceptible en la vida cotidiana? *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*, 9(2), 235-251. Recuperado el 09 de 06 de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000200010

MIMP. (2016). *Marco Normativo Contra la Violencia Familiar y de Género*. Compilación de normas que protegen contra la violencia familiar, feminicidio, hostigamiento sexual y

- trata de personas, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables , Lima. Recuperado el 06 de 06 de 2019, de <https://www.repositoriopncvfs.pe/wp-content/uploads/2015/10/Marco-Normativo.pdf>
- MIMP Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2016). *Violencia basada en género:marco conceptual para las políticas públicas y las acciones del Estado* (1 ed.). Lima.
- Molano, O. (2006). *Mapas culturales en el Valle del Colca*. Arequipa, Chivay: Sierra Sur.
- Montoya , M. (2013). *Turismo comunitario y desarrollo rural: interacción y escalamiento de innovaciones*. Documento de trabajo, IEP Instituto de Estudios Peruanos, Lima.
- Municipalidad Distrital de Tuti. (2013). Mejoramiento del sistema de riego Tuti, en el distrito de Tuti, provincia de Caylloma, región Arequipa. Arequipa.
- Muñoz del Carpio , T., & Bustamante , G. (2015). Situación de la violencia familiar contra la mujer en Arequipa 2012 - 2014, características, demandas y propuestas. *Revista Medica Basadrina*, 9(1), 25-29.
- Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. (2019). *observatorioviolencia.pe*. (K. Valer, & T. Viviano, Editores) Recuperado el 06 de 29 de 2019, de <https://observatoriovviolencia.pe/desigualdad-y-violencia-hacia-las-mujeres-rurales-en-el-peru/>
- ONU. (2006). *Poner fin a la violencia contra la mujer: de las palabras los hechos*. Estudio del Secretario General, Naciones Unidas, Nueva York.
- OPS. (s.f.). *PAHO FOUNDATION*. (O. R. Salud, Editor) Recuperado el 01 de 07 de 2019, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=424&Itemid=41004&lang=es
- Organización de las Naciones Unidas. (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Recuperado el 07 de 01 de 2019, de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
- Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. (2010). *Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja: qué hacer y cómo obtener evidencias*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja.* Organización Mundial de la Salud, Washington,DC.

Pérez, V., & Hernández, Y. (2009). La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(2), 1-7.

Treacy, J. (1994). *Estudio del abandono de andenería en el valle del Colca de los años 1984-1985.* Arequipa .

ANEXOS

ANEXO 1
FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Edad			
Lugar de procedencia			
Grado de instrucción	Sin educación () Primaria () Secundaria ()	Técnica () Superior ()
Ocupación			
¿Qué tipo de relación tiene con su pareja?	Soltera () Conviviente ()	Casada () Separada ()
Tiempo de relación	Menos de un año () De 1 a 3 años ()	De 3 a 5 años () Más de 5 años ()	
Hijos	Si () No ()	¿Cuántos?	
Personas con las que vive	Sola () Sola con mis hijos () Con mi pareja () Con mi pareja y mis hijos () Con mi pareja, hijos y otros familiares () Con otros familiares ()	
¿Tú familia tiene por problemas de dinero?	Nunca () Pocas veces () Regularmente ()	Muchas veces () Siempre ()	
¿Fue víctima de violencia durante tu infancia y/o adolescencia?	Nunca () Pocas veces () Regularmente ()	Muchas veces () Siempre ()	
¿Fue testigo de violencia durante tu infancia y/o adolescencia?	Nunca () Pocas veces () Regularmente ()	Muchas veces () Siempre ()	
¿Consume bebidas alcohólicas?	Si () No ()	¿Desde qué edad?	
¿Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas?	Nunca () Pocas veces (1 o 2 veces / mes) ()	Frecuentemente (1 o 2 veces /semana) () Siempre (más de 3 veces /semana) ()	

Sobre la pareja o expareja

Edad			
Lugar de procedencia			
Ocupación			
¿Consume bebidas alcohólicas?	Si ()	No ()	
¿Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas?	Nunca () Pocas veces (1 o 2 veces / mes) ()	Frecuentemente (1 o 2 veces /semana) () Siempre (más de 3 veces /semana) ()	

ANEXO 2
CUESTIONARIO CTS - 2

La siguiente es una lista de las cosas que Ud. o su pareja hicieron en el último año. Por favor marca con una aspa (X) qué tan seguido ocurre esto en su relación de pareja. Recuerda que la encuesta es totalmente anónima.

		Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo
1	Mostré a mi pareja que me importa incluso cuando estábamos en desacuerdo.					
2	Mi pareja mostro que yo le importaba incluso cuando estábamos en desacuerdo.					
3	Expliqué a mi pareja por qué estaba en desacuerdo con ella.					
4	Mi pareja me explicó por qué estaba en desacuerdo conmigo.					
5	Insulté o maldije a mi pareja.					
6	Mi pareja me insultó o maldijo.					
7	Lance un objeto hacia mi pareja con el fin de herirle.					
8	Mi pareja me lanza un objeto con el fin de herirmee.					
9	Sujete fuertemente a mi pareja del brazo o del pelo en plena discusión.					
10	Mi pareja me sujetó fuertemente del brazo o del pelo en plena discusión.					
11	Tuve un hematoma o un pequeño corte a causa de una pelea con mi pareja.					
12	Mi pareja me hizo un hematoma o un pequeño corte a causa de una pelea.					
13	Mostré respeto por los sentimientos de mi pareja respecto a un asunto.					
14	Mi pareja mostro respeto por mis sentimientos respecto a un asunto.					
15	Obligue a mi pareja a tener sexo sin preservativo.					
16	Mi pareja me obligó a tener sexo sin preservativo.					
17	Golpee y empuje a mi pareja.					
18	Mi pareja me golpeo y empujo					
19	Use la fuerza para obligar a que mi pareja responda a mis fantasías sexuales					
20	Mi pareja uso la fuerza para obligarme a responder a sus fantasías sexuales					
21	Tuve que mover rápidamente la cabeza para evitar que mi pareja me golpe durante una discusión					
22	Mi pareja tuvo que mover rápidamente la cabeza para evitar que le golpe durante una discusión					
23	Insulte a mi pareja llamándole gordo/a o feo/a durante una discusión					
24	Mi pareja me insulto llamándome gordo/a o feo/a					

	durante una discusión					
25	Golpeeé a mi pareja con algo que podía herirle					
26	Mi pareja me golpeo con algo que podía herirme					
27	Tuve que ir a un establecimiento de salud-clínica luego de una fuerte discusión con mi pareja					
28	Mi pareja tuvo que ir a un establecimiento de salud-clínica luego de una fuerte discusión					
29	Tome del cuello o tape la boca a mi pareja durante una fuerte discusión					
30	Mi pareja me tomo del cuello o me tapo la boca durante una fuerte discusión					
31	Grite a mi pareja					
32	Mi pareja me grito					
33	Empuje violentamente a mi pareja contra una pared					
34	Mi pareja me empujo violentamente contra una pared					
35	Le dije a mi pareja que está seguro/a de que podíamos resolver un problema					
36	Mi pareja me dijo que estaba seguro/a de que podíamos solucionar un problema					
37	Necesite visitar un establecimiento de salud-clínica a causa de una pelea con mi pareja, pero finalmente no lo hice					
38	Mi pareja necesitó visitar un establecimiento de salud-clínica a causa de una pelea que tuvimos, pero finalmente no lo hizo					
39	Pegue a mi pareja					
40	Mi pareja me pego					
41	Agarre con fuerza a mi pareja					
42	Mi pareja me agarro con fuerza					
43	Amenace a mi pareja con golpearla sino manteníamos relaciones sexuales					
44	Mi pareja me amenazo con golpearme sino mantenía relaciones sexuales con él/ella					
45	Salí rápidamente de la habitación o de la casa a causa de un desacuerdo con mi pareja					
46	Mi pareja salió rápidamente de la habitación o de la casa a causa de un desacuerdo conmigo					
47	Insistí en tener relaciones sexuales cuando mi pareja no quería (pero no usé la fuerza física)					
48	Mi pareja me insistió en tener relaciones sexuales cuando no quería (pero no uso la fuerza física)					
49	Abofeteé a mi pareja					
50	Mi pareja me abofeteo					
51	Tuve una fractura a causa de una fuerte pelea con mi pareja					
52	Mi pareja tuvo una fractura a causa de una fuerte pelea conmigo					
53	Utilice amenazas para que mi pareja responda a mis					

	fantasías sexuales					
54	Mi pareja utilizo amenazas para que responda a sus fantasías sexuales					
55	Sugerí un compromiso para llegar a un acuerdo ante una discusión					
56	Mi pareja me sugirió un compromiso para llegar a un acuerdo ante una discusión					
57	Me desquite de mi pareja quemándola con algo					
58	Mi pareja se desquito conmigo quemándome con algo					
59	Insistí para que mi pareja responda a mis fantasías sexuales (pero no usé la fuerza física)					
60	Mi pareja insistió para que responda a sus fantasías sexuales (pero no usó la fuerza física)					
61	Acuse a mi pareja de ser incapaz de satisfacerme sexualmente					
62	Mi pareja me acuso de ser incapaz de satisfacerlo/a sexualmente					
63	Hice algo para mortificar a mi pareja					
64	Mi pareja hizo algo para mortificarme					
65	Amenace a mi pareja con golpearle sino me hacía caso					
66	Mi pareja me amenaza con golpearme sino le hacía caso					
67	A causa de un fuerte discusión con mi pareja estuve adolorido(a) físicamente por más de un día seguido					
68	Mi pareja estuvo adolorido/a físicamente por más de un día seguido a causa de una fuerte discusión conmigo					
69	Le di una patada a mi pareja					
70	Mi pareja me dio una patada					
71	Amenace o chantajee a mi pareja mantuviera relaciones sexuales					
72	Mi pareja me amenazo o chantajeo para que mantuviera relaciones sexuales					
73	Acorde intentar una solución que propuso mi pareja acerca de un desacuerdo que teníamos					
74	Mi pareja acordó intentar una solución que yo propuse acerca de un desacuerdo que teníamos					

CASO CLÍNICO 1

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : R.M.R.
- **Edad** : 12 años
- **Fecha de Nacimiento** : 08/02/2002
- **Lugar de Nacimiento** : El Collao - Puno
- **Grado de instrucción** : Sexto de primaria
- **Religión** : Cristiano
- **Lugar de evaluación** : Área de hospitalización de la Clínica Hogar San Juan de Dios .
- **Fecha de evaluación** : 28/05/2014
- **Referido por** : Madre, padre y paciente.
- **Examinado por** : Soledad Yajo Cáceres

II. MOTIVO DE CONSULTA

Los padres del menor refieren que se encuentran muy preocupados por su hijo, debido a que desde que se encuentra hospitalizado demanda demasiada atención, no puede realizar ninguna actividad por sí solo. Asimismo el padre refiere que en el colegio siempre ha tenido un rendimiento muy bajo, señala que recibía insultos y golpes por parte de sus compañeros sin defenderse.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

El paciente sufre de un accidente de tránsito en diciembre del 2013 producto del cual se fracturo la pelvis, la tibia y el fémur del lado izquierdo del cuerpo. Tras el accidente el

paciente presento un cuadro de osteomielitis en el fémur izquierdo razón por la cual ingresa al servicio de hospitalización del Hogar Clínica San Juan de Dios el 28 de mayo del presente año. Los padres señalan que el paciente desde pequeño en el colegio tuvo muchas quejas por parte de los profesores, quienes indicaban que el menor no atendía a las clases y se retrasaba mucho en copiar las lecciones. Aprendió a leer y escribir a los 8 años, en el presente tiene dificultades en su ortografía y pronunciación. De la misma forma los padres aducen que desde que entro a la secundaria el menor se queja de que sus compañero le insultan debido a su bajo rendimiento académico, en varias ocasiones ha recibido golpes, pero él nunca se defiende.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

a. ETAPA PRE NATAL

El paciente es producto de un embarazo no planificado, ni deseado. Durante la gestación su madre sufrió de muchos maltratos tanto físicos como psicológicos por parte de su esposo. No presento mayores complicaciones.

b. ETAPA NATAL

Nació a los 9 meses de gestación por parto eutócico, no recibió atención médica. No refiere datos de peso y talla.

c. ETAPA POST NATAL

Alimentación. Durante el primer año el paciente no recibió lactancia materna, ya que la madre lo dejaba al cuidado de su abuela, quien le alimentaba a base de leche de vaca, a los 6 meses empezó a comer alimentos sólidos. Actualmente si tiene buen apetito.

Desarrollo Psicomotor. Controló la cabeza aproximadamente a los 4 meses, logró sentarse solo a los 7 meses, dio sus primeros pasos a la edad de 1 año y 4 meses. Actualmente tiene una buena coordinación motora.

d. LENGUAJE

Balbuceo desde los 4 meses de edad, dijo sus primeras silabas a los 9 meses. Sus primeras palabras las dijo a la edad de 1 año y 2 meses, logró hablar fluidamente a los 2 años. Actualmente tiene un habla fluida y adecuada para su edad.

e. CONTROL DE ESFÍNTERES, HÁBITOS HIGIÉNICOS

Controló esfínteres a los 2 años y 6 meses, fue al baño solo a la edad de 4 años. El paciente se asea independientemente desde los 5 años. Actualmente para realizar sus defecaciones necesita de la ayuda de su madre ya que se encuentra impedido de movilizarse.

f. SUEÑO

Durmió con la madre hasta los 4 años de edad, al separarse tenía que dormir con la luz prendida, mostraba un miedo excesivo a la oscuridad. Dormía toda la noche, no presentando pesadillas. Actualmente tiene un sueño tranquilo, ya tolera la oscuridad, sin embargo eventualmente tiene pesadillas.

g. RASGOS NEUROPÁTICOS

El paciente le tiene miedo a la oscuridad, no puede salir de casa en las noches. Cuando está enojado grita o canta en voz alta. Presenta onicofagia, succión del cuello de las chompas, bruxismo durante las noches.

h. ETAPA ESCOLAR

Fue por primera vez al colegio a los 6 años, ingresos primer grado de primaria, se adaptó con facilidad e hizo muchos amigos. Durante toda la primaria su rendimiento académico siempre se mantuvo por debajo del promedio, los profesores constantemente se quejaban de su falta de atención. En la secundaria su rendimiento empero, y ya no tenía muchos amigos, en ocasiones no quiere ir al colegio porque le molestan sus compañeros. Tiene dificultades en todas las áreas, principalmente en matemáticas y comunicación. Cumple con todas las tareas. Los padres crees que podría mejorar si los profesores le pusieran más atención.

i. DESARROLLO Y FUNCIÓN SEXUAL

El paciente hizo preguntas acerca de su procreación a la edad de 8 años, a lo cual la abuela respondió con indignación y agresividad, aduciendo que esas eran cosas que no se deberían hablar. A los 11 años el paciente empezó a observar y tocar a su madre mientras ella dormía. Hasta la actualidad los padres no han hablado de ese tema con el menor.

j. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

Sufrió un accidente de tránsito en diciembre de 2013, tras lo cual se vio fracturado su pelvis, tibia y fémur. Antes de este accidente no ha tenido enfermedades graves. No tiene antecedentes de enfermedades graves en su familia.

k. JUEGOS

Al paciente le gusta jugar con carritos y trenes, cuando está en casa prefiere jugar solo con sus juguetes. En el colegio juega futbol con sus amigos.

I. SOCIALIDAD

Tiene 3 amigos preferidos, los demás refiere, que le ponen apodos y le maltratan. Ante los adultos se muestra tímido, con sus compañeros trata de llevarse bien.

m. REACCIONES AFECTIVAS

Cuando le castigan llora desconsoladamente. Para protegerse miente con gran facilidad. Es muy expresivo de sus sentimientos.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

n. COMPOSICIÓN FAMILIAR

El paciente vive con su padre de 49 años, quien trabaja como agricultor, cría algunos ganados, y en ocasiones consigue trabajo como chofer. La madre de 40 años de edad apoya a su esposa en todas las actividades: agricultura y ganadería. Tiene su abuela de 63 años que se dedica a cuidar de su casa. Asimismo el paciente tiene dos hermanas, una de 22 años y la siguiente de 16 años, quienes viven en otra ciudad. A pesar de la distancia el trato es filial.

o. DINÁMICA FAMILIAR

La familia del paciente vive en una vivienda de construcción precaria de adobe perteneciente a ambos padres, con servicios de agua, luz y desagüe cubiertos. El ingreso económico depende de ambos padres, quienes se dedican a la agricultura y ganadería como medio de subsistencia, por lo tanto la condición económica familiar es baja.

p. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

La familia del paciente vive en una vivienda de construcción precaria de adobe perteneciente a ambos padres, con servicios de agua, luz y desagüe cubiertos. El ingreso económico depende de ambos padres, quienes se dedican a la agricultura y ganadería como medio de subsistencia, por lo tanto la condición económica familiar es baja.

VI. RESUMEN

El paciente sufre de un accidente de tránsito en diciembre del 2013, y sufre fracturas de: pelvis, la tibia y fémur de lado izquierdo, debido al cual sufre de osteomielitis en el fémur izquierdo razón por la cual ingresa al servicio de hospitalización del Hogar Clínica San Juan de Dios el 28 de mayo del presente año.

El paciente ocupa el tercer lugar de tres hermanos. Su gestación no fue planificada, en este periodo la madre tuvo problemas emocionales ya que era víctima de violencia familiar por parte de su esposo. No recibió ningún control médico debido a lo alejado de la zona donde vive. El paciente nació a los 9 meses por parto eutócico sin atención médica. Respecto a su desarrollo psicomotor, camino a la edad de 1 año y 4 meses, en el desarrollo de su lenguaje, dijo sus primeras palabras a la edad de 1 año y 2 meses, hablo fluidamente a la edad de 2 años.

No recibió educación preescolar, a los 6 años asistió a primer grado de primaria, se adaptó de manera adecuada, y consiguió amigos con facilidad. Durante la primaria el rendimiento académico del paciente siempre estuvo por debajo del promedio, constantemente los profesores se quejaban de su falta de atención. Al ingresar a la secundaria el menor empezó a ser víctima de maltratos por parte sus compañeros, su rendimiento sigue manteniéndose por debajo del promedio. Actualmente no asiste al colegio debido a su hospitalización desde hace más de dos meses.

El paciente vive con ambos padres en un lejana comunidad el departamento de Puno. Su padre de 49 años es agricultor, cría ganado y en ocasiones consigue trabajo como conductor automotriz, la relación entre ambos es buena, sin embargo cuando el paciente comete alguna falta el padre no lo corrige. La madre de 40 años también es agricultora, la relación con el paciente no es muy buena, ya que constantemente lo castiga y en ocasiones llega al maltrato físico. La relación entre los padres es buena, no hay discusiones fuertes entre ellos. Las hermanas mayores del paciente viven en otra ciudad, la relación con ellas es fraterna.

Arequipa, 06 de agosto del 2014

SOLEDAD YAJO CÁCERES
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : R.M.R.
- **Edad** : 12 años
- **Fecha de Nacimiento** : 08/02/2002
- **Lugar de Nacimiento** : El Collao - Puno
- **Grado de instrucción** : Sexto de primaria
- **Religión** : Cristiano
- **Lugar de evaluación** : Área de hospitalización de la Clínica Hogar.
San Juan de Dios
- **Fecha de evaluación** : 28/05/2014
- **Referido por** : Madre, padre y paciente.
- **Examinado por** : Soledad Yajo Cáceres

II. PORTE COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

El paciente de 12 años de edad aparenta la edad referida, es de contextura delgada y talla normal para su edad cronológica, de tez trigueña, ojos y cabello color negro oscuro. Adecuado cuidado y aseo personal, sin embargo muestra cierto descuido en su vestimenta. Se encuentra impedido de movilizarse, por ello se le nota aburrido de estar echado en la misma posición. Su expresión facial denota alegría y tranquilidad; su tono de voz es alto; no presenta agitación, en momentos se muestra incomodo por su situación médica, no tiene movimientos involuntarios.

Durante la evaluación mostro disposición para realizar las actividades, se mantuvo entusiasta aunque en ocasiones mostraba sentimientos de frustración ante sus errores. Sigue indicaciones simples, ante la evaluación se muestra colaborador y perseverante, sin embargo cuando no puede resolver algunos ejercicios se frustra y se pone de mal humor.

III. ATENCIÓN CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

- **Atención.** Su nivel de atención y concentración es baja, se distrae con facilidad ante cualquier estímulo visual o auditivo externo.
- **Conciencia o estado de alerta.** Se encuentra alerta ante los estímulos que se le presenta, es consciente de las cosas que ocurren su alrededor.
- **Orientación: tiempo, espacio, lugar, persona.** El paciente se encuentra orientado en tiempo, sabe la fecha en la que nos encontramos, también se orienta en espacio ya que reconoce el lugar donde está. Asimismo se orienta en persona, conoce a las personas que lo atienden.

IV. LENGUAJE

Su lenguaje es pausado y lento, su vocabulario es adecuado para su edad, para comunicarse con su madre utiliza el idioma aymara, tiene dificultad en la lectura, le con suma lentitud y en ocasiones confunde las letras. Al escribir tiene faltas ortográficas.

V. PENSAMIENTO

La función del pensamiento tanto en curso como en contenido se encuentran conservados, brinda respuestas coherentes y en corto plazo de tiempo.

VI. PERCEPCIÓN

Su percepción está aparentemente conservada, percibe de manera adecuada los estímulos externos que se le presentan (audición, tacto, visión, gusto, olfato).

VII. MEMORIA

El paciente muestra conservación tanto en su memoria episódica como en su memoria semántica, respecto a su memoria a corto plazo es adecuado; y su memoria a largo plazo tiene algunas dificultades, ya que ha olvidado algunos detalles del accidente.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

- **Conocimientos generales.** El paciente tiene los conocimientos generales adecuados para su edad, brinda respuestas a todas las preguntas realizadas, refiere datos exactos y correctos.
- **Memoria.** Ante las pruebas el paciente muestra buen desempeño, recuerda los datos que se le dan con facilidad.
- **Pensamientos.** El paciente responde de manera satisfactoria ante las preguntas y ejercicios de razonamiento que se le brinda, tiene cierta dificultad en el razonamiento matemático. Sus juicios son adecuados para su edad.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

El paciente generalmente se encuentra en un buen estado de ánimo, pero en ocasiones se pone de mal humor, cuando la madre no atiende a sus llamados inmediatamente. Con sus compañeros de hospitalización se muestra amable, pero no entabla amistad. Con la madre es muy expresivo, brindándole abrazos y caricias.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA ACTUAL

El paciente es consciente de su enfermedad física, se encuentra tranquilo y optimista, cree que con paciencia se recuperar pronto. En cuanto a sus problemas psicológicos, él no es consciente de lo que le ocurre.

XI. RESUMEN

El paciente es de contextura delgada y talla normal para su edad cronológica, de tez trigueña, ojos y cabello color negro oscuro. Adecuado cuidado y aseo personal, sin embargo muestra cierto descuido en su vestimenta. El tono de su voz es normal, se distrae con facilidad ante cualquier estímulo. Sus niveles de atención y concentración son bajos, se encuentra alerta, orientado en espacio y tiempo. Su lenguaje y pensamiento son adecuados para su edad. Tiene buena memoria. Su funcionamiento intelectual es promedio; su estado de ánimo es bueno y estable. Tiene conciencia de la enfermedad física, mas no de sus problemas psicológicos.

Durante la evaluación mostró disposición para realizar las actividades, se mantuvo entusiasta aunque en ocasiones mostraba sentimientos de frustración ante sus errores. Sigue indicaciones simples. Ante la evaluación se muestra colaborador y perseverante, sin embargo cuando no puede resolver algunos ejercicios se frustra y se pone de mal humor.

Arequipa, 06 de agosto del 2014

SOLEDAD YAJO CÁCERES
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : R.M.R.
- **Edad** : 12 años
- **Fecha de Nacimiento** : 08/02/2002
- **Lugar de Nacimiento** : El Collao - Puno
- **Grado de instrucción** : Sexto de primaria
- **Religión** : Cristiano
- **Lugar de evaluación** : Área de hospitalización de la Clínica .
Hogar. San Juan de Dios
- **Fecha de evaluación** : 02/06/2014 - 03/06/2014 - 04/06/2014
- **Referido por** : Madre, padre y paciente.
- **Examinado por** : Soledad Yajo Cáceres

II. MOTIVO DE CONSULTA

Los padres del menor refieren que se encuentran muy preocupados por su hijo, debido a que desde que se encuentra hospitalizado demanda demasiada atención, no puede realizar ninguna actividad por sí solo. Asimismo el padre refiere que en el colegio siempre ha tenido un rendimiento muy bajo, señala que recibía insultos y golpes por parte de sus compañeros sin defenderse.

III. OBSERVACIONES GENERALES

Durante la evaluación mostro disposición para realizar las actividades, se mantuvo entusiasta aunque en ocasiones mostraba sentimientos de frustración ante sus errores.

Sigue indicaciones simples Ante la evaluación se muestra colaborador y perseverante, sin embargo cuando no puede resolver algunos ejercicios se frustra y se pone de mal humor.

IV. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Test del dibujo libre.
- Escala de inteligencia de Wechsler para niños WISC-IV
- Test de Toulouse Pierón.

V. INTERPRETACIÓN DE INSTRUMENTOS

- **Test del dibujo libre**

Dibujo a su madre y sí mismo.

Muestra rasgos de ansiedad, inseguridad, timidez y baja autovaloración, asimismo denota agresividad e impulsividad en sus trazos. Por otro lado presenta sobrevaloración de la figura materna.

- **Escala de inteligencia de Wechsler para niños WISC-IV**

ESCALA	PUNTAJE	NIVEL
Comprensión verbal	77	Fronterizo
Razonamiento perceptual	86	Por debajo del promedio
Memoria de trabajo	99	Promedio
Velocidad de procesamiento	75	Fronterizo
COEFICIENTE INTELECTUAL	79	FRONTERIZO

En el proceso de evaluación de su capacidad cognitiva, se encontraron los siguientes resultados:

El evaluado obtuvo una puntuación C.I. = 79 en la *Escala Completa*; que pertenece a una clasificación **Fronterizo**. Estos resultados indican que, a pesar de las condiciones óptimas como las que se dieron durante la evaluación (alta motivación, evitando distracciones y paso a paso) su capacidad de razonamiento en general se encuentra en el nivel fronterizo entre lo normal y lo deficiente.

En la sub-escala de *Comprensión Verbal* Ronaldo logra un ICV = 77 correspondiente a un funcionamiento **fronterizo**; es decir su habilidad en aspectos verbales y nivel de conocimientos se encuentran por debajo del desarrollo esperado para su edad, demostrando un pobre dominio del lenguaje en cuanto a vocabulario.

En cuanto al *Razonamiento Perceptual*, Ronaldo alcanzó un IRP =108, equivalente a un desarrollo **por debajo del promedio**. Esta sub-escala mide la habilidad de organizar conceptos abstractos y planificar diferentes estrategias para la resolución de problemas o tareas de manera no verbal.

En cuanto a su *Memoria de Trabajo*, Ronaldo obtuvo un IMT = 99, que corresponde a un funcionamiento **promedio** en la capacidad para retener información, asimilarla y emplearla para procesarla mentalmente con nueva información.

En cuanto a la *Velocidad de Procesamiento*, Ronaldo logra un PSI =75, que pertenece a la clasificación **fronterizo**. Es decir que las habilidades para los procesos de atención visual, velocidad en la asimilación, perseverancia y concentración se encuentran por debajo de lo esperado para su edad cronológica.

- **Test de Toulouse Pierón**

Aciertos	97
Omisiones	10
Errores	0

Demuestra cierta inhibición anímica al momento de realizar la prueba. Asimismo la interpretación del test indica que el número de fallas (errores + omisiones) no debe superar el 10% de los aciertos, en este caso el porcentaje de fallas alcanza el 13%, lo que indica un posible déficit de atención y/o concentración.

VI. RESUMEN

A la evaluación de su inteligencia tiene un puntaje total de 79 puntos lo cual significa que su CI se encuentra en un nivel fronterizo presentando problemas de atención y concentración.

El paciente es una persona con rasgos de ansiedad, inseguridad y baja autovaloración, asimismo denota agresividad e impulsividad. Por otro lado presenta sobrevaloración de la figura materna.

Arequipa, 06 de agosto del 2014

SOLEDAD YAJO CÁCERES
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : R.M.R.
- **Edad** : 12 años
- **Fecha de Nacimiento** : 08/02/2002
- **Lugar de Nacimiento** : El Collao - Puno
- **Grado de instrucción** : Sexto de primaria
- **Religión** : Cristiano
- **Lugar de evaluación** : Área de hospitalización de la Clínica .
Hogar. San Juan de Dios
- **Fecha de evaluación** : 02/06/2014 - 03/06/2014 - 04/06/2014
- **Referido por** : Madre, padre y paciente.
- **Examinado por** : Soledad Yajo Cáceres

II. MOTIVO DE CONSULTA

Los padres del menor refieren que se encuentran muy preocupados por su hijo, debido a que desde que se encuentra hospitalizado demanda demasiada atención, no puede realizar ninguna actividad por sí solo. Asimismo el padre refiere que en el colegio siempre ha tenido un rendimiento muy bajo, señala que recibía insultos y golpes por parte de sus compañeros sin defenderse.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Observación.

Entrevista.

Pruebas psicológicas

- ✓ Test del dibujo libre.
- ✓ Test de la figura humana.
- ✓ WISC IV.
- ✓ Touluse.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

El paciente sufre de un accidente de tránsito en diciembre del 2013 producto del cual se fracturo la pelvis, la tibia y el fémur. Tras el accidente la atención médica recibida fue lo que desencadeno en que el paciente sufra una osteomielitis en el fémur izquierdo razón por la cual ingresa al servicio de hospitalización del Hogar Clínica San Juan de Dios el 28 de mayo del presente año.

El paciente ocupa el tercer lugar de tres hermanos. Su gestación no fue planificada, en este periodo la madre tuvo problemas emocionales ya que era víctima de violencia familiar por parte de su esposo. No recibió ningún control médico debido a lo alejado de la zona donde vive. El paciente nació a los 9 meses por parto eutócico sin atención médica. Respecto a su desarrollo psicomotor, camino a la edad de 1 año y 4 meses, en el desarrollo de su lenguaje, dijo sus primeras palabras a la edad de 1 año y 2 meses, hablo fluidamente a la edad de 2 años.

No recibió educación preescolar, a los 6 años asistió a primer grado de primaria, se adaptó de manera adecuada, y consiguió amigos con facilidad. Durante la primaria el rendimiento académico del paciente siempre estuvo por debajo del promedio, constantemente los profesores se quejaban de su falta de atención. Al ingresar a la secundaria el menor empezó a ser víctima de maltratos por parte sus compañeros, su

rendimiento sigue manteniéndose por debajo del promedio. Actualmente no asiste al colegio debido a su hospitalización desde hace más de dos meses.

El paciente vive con ambos padres en un lejana comunidad el departamento de Puno. Su padre de 49 años es agricultor, cría ganado y en ocasiones consigue trabajo como chofer, la relación entre ambos es buena, sin embargo cuando el paciente comete alguna falta el padre no lo corrige. La madre de 40 años también es agricultora, la relación con el paciente no es muy buena, ya que constantemente lo castiga y en ocasiones llega al maltrato físico. La relación entre los padres es buena, no hay discusiones fuertes entre ellos. Las hermanas mayores del paciente viven en otra ciudad, la relación con ellas es cordial.

V. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

El paciente es de contextura delgada y talla normal para su edad cronológica, de tez trigueña, ojos y cabello color negro oscuro. Adecuado cuidado y aseo personal, sin embargo muestra cierto descuido en su vestimenta. El tono de su voz es normal, se distrae con facilidad ante cualquier estímulo. Sus niveles de atención y concentración son bajos, se encuentra alerta, orientado en espacio y tiempo. Su lenguaje y pensamiento son adecuados para su edad. Tiene buena memoria. Su funcionamiento intelectual es promedio; su estado de ánimo es bueno y estable. Tiene conciencia de la enfermedad física, mas no de sus problemas psicológicos.

Durante la evaluación mostro disposición para realizar las actividades, se mantuvo entusiasta aunque en ocasiones mostraba sentimientos de frustración ante sus errores. Sigue indicaciones simples Ante la evaluación se muestra colaborador y perseverante, sin embargo cuando no puede resolver algunos ejercicios se frustra y se pone de mal humor.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

El paciente tiene un coeficiente intelectual de 79 límitrofe, posee conocimientos generales básicos, su lenguaje comprensivo y expresivo es adecuado para su edad, lee y escribe con mucha dificultad, su rendimiento escolar siempre se mantuvo por debajo del promedio, siendo constantemente reportado por su falta de atención.

Ronaldo es una adolescente retraído y tímido, muestra altos niveles de ansiedad e inseguridad, tiene baja tolerancia hacia la frustración, asimismo denota agresividad e impulsividad en sus acciones. Es una persona que tiene baja autovaloración y en ocasiones se muestra desafiante hacia la madre. Demanda la atención inmediata de la persona que se encuentre a su cuidado, sino es asistido se enoja y se pone agresivo, llegando en ocasiones a maltratar a su madre.

Es poco sociable, no entabla conversación con cualquier persona, no le agrada la compañía de los niños pequeños porque le molestan, él cree que se pueden burlar de él, prefiere mantenerse echado en su cama y no salir de la habitación que ocupa, no le gusta participar en las actividades grupales.

VII. CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA

El paciente es un adolescente con un CI de 79 lo que lo ubica en un nivel Fronterizo, asimismo presenta problemas de atención y concentración, es inseguro, ansioso, presenta baja autoestima, tiende a desvalorizarse, con tendencia a la impulsividad y agresividad, siendo dependiente de la madre. Presenta otros trastornos de las emociones y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia, referido a un Trastorno deficitario de la atención sin hiperactividad (F98.8). Así mismo debido a que tiene conflictos con la madre que incluyen maltrato, y engreimiento por parte del padre y la abuela presenta un Soporte familiar inadecuado (Z62.2).

VIII. PRONOSTICO

Favorable. Debido al apoyo familiar, es posible que mejore su comportamiento y rendimiento escolar.

IX. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia, individual
- Talleres de atención, concentración y aprendizaje, para mejorar su rendimiento escolar.
- Psicoterapia familiar

Arequipa, 06 de agosto del 2014

SOLEDAD YAJO CÁCERES
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : R.M.R.
- **Edad** : 12 años
- **Fecha de Nacimiento** : 08/02/2002
- **Lugar de Nacimiento** : El Collao - Puno
- **Grado de instrucción** : Sexto de primaria
- **Religión** : Cristiano
- **Lugar de evaluación** : Área de hospitalización de la Clínica .
Hogar. San Juan de Dios
- **Fecha de evaluación** : 02/06/2014 - 03/06/2014 - 04/06/2014
- **Referido por** : Madre, padre y paciente.
- **Examinado por** : Soledad Yajo Cáceres

II. DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO

El paciente es un adolescente con un CI de 79 lo que lo ubica en un nivel Fronterizo, asimismo presenta problemas de atención y concentración, es inseguro, ansioso, presenta baja autoestima, tiende a desvalorizarse, con tendencia a la impulsividad y agresividad, siendo dependiente de la madre. Presenta otros trastornos de las emociones y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia, referido a un Trastorno deficitario de la atención sin hiperactividad (F98.8). Así mismo debido a que tiene conflictos con la madre que incluyen maltrato, y engreimiento por parte del padre y la abuela presenta un Soporte familiar inadecuado (Z62.2).

III. OBJETIVOS GENERALES

- Generarle recursos para que pueda manejar los problemas emocionales y conductuales por los que está atravesando.
- Modificar las creencias irracionales que mantiene acerca de sí mismo y de su entorno.

IV. ACCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

Para el tratamiento del paciente se emplearan técnicas cognitivo – conductuales, entre ellas:

- Reestructuración cognitiva.
- Relajación guiada por la imaginación.
- Modificación de conducta.

I. DESARROLLO DE LAS ACCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

Sesión	Técnica	Objetivo
Sesión 1	Relajación progresiva	Que el paciente cuente con una técnica que le ayude a controlar su ansiedad.
Sesión 2	Reestructuración cognitiva	Identificación de las principales Ideas Irracionales presentes, respecto a si mismo. Que el paciente identifique y valore las cualidades que posee.
Sesión 3	Modificación de conducta	Que el paciente controle su enojo y agresividad cada vez que la madre no acude a su llamado.
Sesión 4	Reestructuración cognitiva	Que el paciente identifique las formas de respuesta que pude dar frente a una Situación - Conflicto.
Sesión 5	Reestructuración cognitiva	Que el paciente adopte y practique respuestas asertivas; y elimine las respuestas inadecuadas.
Sesión 6	Reestructuración cognitiva	Que el paciente comprenda el vínculo familiar y la importancia de esta para su recuperación.
Sesión 7	Orientación familiar	Que los padres del paciente reestructuren su dinámica familiar.

Sesión 1:	Relajación Progresiva
Objetivo:	Que el paciente cuente con una técnica que le ayude a controlar su ansiedad.
Duración:	30 minutos.
Desarrollo:	<p>Para realizar la primera sesión, se inició con un proceso de rapport, para que el paciente estrecha lazos de confianza. Durante 10 minutos se habló con el paciente acerca de sus juegos y deportes favoritos. A continuación se le solicitó al paciente que evocara situaciones estresantes o de ansiedad, logrado este pedido, se pasó a explicar la técnica de relajación progresiva, para ello primero se le enseñó a respirar de manera adecuada, a continuación se le indica que debe estirar los dos brazos, el largo de los brazos depende de la magnitud de su ansiedad, cada vez que vote el aire por la boca, los brazos van juntándose poco a poco, hasta que al final las manos quedan juntas. Se practica el ejercicio 3 veces, hasta que quede bien establecido. Se le solicitó al paciente que debe realizar esta sesión de relajación cada vez que se sienta enojado, triste o preocupado por alguna situación. El paciente se mostró colaborador y entusiasta en esta primera sesión, refiere que se siente muy aburrido y que le gustaría trabajar más seguido.</p>

Sesión 2:	Autoestima y Autovaloración
Objetivo:	Identificación de las principales Ideas Irracionales presentes, respecto a si mismo. Que el paciente identifique y valore las cualidades que posee.
Duración:	40 minutos
Desarrollo:	<p>Antes de iniciar la sesión se le pidió al paciente que narre como fue que aplico la técnica de relajación aprendida anteriormente. Se realiza una retroalimentación.</p> <p>En la segunda sesión el paciente se encontraba decaído, ya que había sufrido una serie de erupciones alérgicas en el cuerpo, en ese momento expresaba sentimientos de baja autovaloración. Para descargar su ansiedad se le realizó una sesión de relajación muscular. Ya más clamado pudo trabajar con normalidad. En esta sesión primero se le solicitó al paciente que haga una descripción de sí mismo, a continuación se identificaron las ideas irracionales que mantenía de sí mismo. Se realizó una explicación del efecto negativo que tiene estas ideas en su autoestima.</p> <p>Seguidamente se le vuelve a pedir al paciente que realice una descripción de su persona, previa explicación, se anotan todas las características positivas en una hoja de papel. Antes de finalizar la sesión se le da la consigna de que debe leer todos los días lo que está anotado en el papel y asumirlo como verdad. Se finaliza la sesión.</p>

--	--

Sesión 3:	Modificación de conducta
Objetivo:	Que el paciente controle su enojo y agresividad cada vez que la madre no acude a su llamado.
Duración:	40 minutos.

Desarrollo:	<p>La sesión se inició con la retroalimentación de lo tratado en las sesiones anteriores.</p> <p>Para realizar esta sesión se le pidió a la madre que intervenga, describió el comportamiento del paciente cuando no se le atiende de manera inmediata.</p> <p>Luego de realizada la descripción se le plantea el problema al paciente. Se realiza un contrato de contingencia, en donde el paciente se compromete a no ponerse agresivo cuando la madre no pueda recurrir sus llamados.</p> <p>También se realizó un explicación de la idea equivocada que tiene hacia sus cuidadores, ellos le ayudan. El paciente se muestra desconcertado, aduce que no se había dado cuenta de la actitud que estaba tomando. El contrato es dado conoce la madre, para que ella vigile su cumplimiento.</p> <p>Se finaliza la sesión resaltando la importancia de cumplir las promesas.</p>
--------------------	---

Sesión 4:	Tipos de respuestas
Objetivo:	Que el paciente identifique las formas de respuesta que pude dar frente a una Situación - Conflicto.
Duración:	40 minutos.

Desarrollo:	<p>Para la realización de la presente sesión primero se le pide al paciente que realice una descripción de los temas anteriormente tratados, asimismo se consulta con la madre respecto del cumplimiento del contrato, la madre indica que en estos 3 días, el paciente ha cumplido parcialmente con lo que se comprometió.</p> <p>Por ello se realza una nueva explicación de las consecuencias de sus actitudes negativas.</p> <p>A continuación se le presentaron diversas situaciones en las que el paciente debe tomar una decisión, estas situaciones son similares a las que constantemente vive en el colegio: maltrato. Aquí se identifican todas las ideas irracionales que tiene respecto al maltrato y violencia. Luego se modifica cada una de las ideas irracionales.</p> <p>Finalmente se mencionan algunas conclusiones.</p>
--------------------	--

Sesión 5:	Asertividad
Objetivo:	Que el paciente adopte y practique respuestas asertivas; y elimine las respuestas inadecuadas.

Duración:	40 minutos.
Desarrollo:	<p>Antes de iniciar con la sesión se revisa el cumplimiento del contrato de contingencia. Se refuerza.</p> <p>En la presente sesión se le pidió al paciente que recuerde y nombre las conclusiones de la sesión anterior.</p> <p>A continuación se le presentaron diversas situaciones en las que el paciente debe tomar una decisión, estas situaciones son similares a las que constantemente vive en el colegio: maltrato.</p> <p>Se le enseña tres formas de responder al maltrato (respuesta agresiva – respuesta pasiva – respuesta asertiva). Se le explica que la forma de evitar el maltrato está en dar respuestas asertivas, no golpear, ni quedarse callado, sino responder de manera asertiva.</p> <p>Se realiza una dramatización de un situación de maltrato, el paciente responde de manera asertiva, aquí se corrigen algunos detalles como el tono de voz.</p>

Sesión 6:	Vínculo Familiar
Objetivo:	Que el paciente comprenda el vínculo familiar y la importancia de esta para su recuperación.

Duración:	40 minutos.
Desarrollo:	<p>Para la realización de esta sesión se le entrega al paciente una hoja de papel para que dibuje a su familia. Una vez realizado el dibujo, se empieza a nombrar todas las cualidades de los miembros de su familia, con el objetivo de que el paciente valore a cada uno de los integrantes de su familia. El paciente dibuja a sus padres, hermanas y abuela. Describe a cada uno con cierta dificultad, en todo momento repte que no tienen cualidades, con un poco de persuasión se logró que el paciente mencione la mayor cantidad de características de su familia.</p> <p>Para finalizar la sesión se le realizaron las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué tu familia está contigo? • ¿Por qué tus padres te brindan todo lo que pueden? • ¿Por qué tus hermanas te apoyan a pesar de todo? • ¿Por qué tu abuela te corrige?
Sesión 7:	Dinámica Familiar
Objetivo:	Que los padres del paciente reestructuren su dinámica familiar.

Duración:	50 minutos.
Desarrollo:	<p>Para la realización de esta sesión se citó a ambos padres, previamente a esta sesión se conversó con los padres por separado a cerca de las dificultades que tienen como pareja y como padres.</p> <p>En primer lugar se les explico a los padres la condición cognitiva de su hijo, razón por la cual tiene las dificultades en su rendimiento académico, asimismo se les brindó detalles de los cambios físicos y psicológicos que ocurren en la adolescencia. Asimismo se esclarecieron las dudas que los padres tenían sobre el desarrollo de su hijo.</p> <p>Después de aclaradas las creencias irracionales los padres se brindaron algunas pautas de crianza, para mejorar el comportamiento del paciente.</p> <p>Se resaltó la importancia de evitar el maltrato físico para corregir los malos comportamientos.</p>

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El plan psicoterapéutico se desarrolló a lo largo de 2 meses, a partir del 28 de mayo. Las sesiones fueron 2 veces por semana al inicio de la psicoterapia y luego se fue reduciendo a 1 vez por semana. Cada sesión tenía una duración de 40 minutos.

Arequipa, 06 de agosto del 2014

SOLEDAD YAJO CÁCERES
Bachiller en Psicología

ANEXOS DE CASO CLÍNICO 1

A	NOMBRES Y APELLIDOS: <u>Ronaldo R.M.</u>		
Año de estudios:		Sexo: <u>M.</u>	
C.E.	Edad: <u>12</u> Fecha: <u>02/06/18</u>		

Trabajos manuscritos:

Manuscrito de la letra "A" en mayúsculas y minúsculas, formando un cuadro de 10x10 cuadros.

3 - 9 años

WISC-IV Spanish
ESCALA DE INTELIGENCIA PARA NIÑOS DE WECHSLER
CUARTA EDICIÓN - ESPAÑOL

Nombre del Niño Ronaldo A. R.
Nombre del Examinador _____

Cálculo de la Edad del Niño

	Año	Mes	Día
Fecha del Test	2018	06	03
Fecha de Nacimiento	2006	02	08
Edad	12	04	

Conversion de Puntajes Brutos a Puntajes Equivalentes

Subtest	Puntajes Brutos	Puntajes Equivalentes		
Diseños de Bloques	10 3	3	3	3
Semejanzas	16 8	8	8	8
Retención de Dígitos	12 7	7	7	6
Concepciones de Figuras	16 9	9	9	9
Códigos	32 5		5	5
Vocabulario	21 4	4		4
Secuenciación Letra-Número	19 12		12	12
Razonamiento de Matrices	14 6	6		6
Comprensión	17 7	7		7
Búsqueda de Símbolos	17 6		6	6
(Completamiento de Figuras)		()	()	()
(Cancelación)			() ()	
(Información)		()		()
(Aritmética)		()	()	()
Suma de Puntajes Equivalentes	19 18 19 11	67		

Comp. Raz. Memo. Veloc. Esc.
Verb. Percep. Trab. Proc. Total

Suma de Puntajes Escalares a Composición de Puntajes de Conversión

Escala	Suma de Punt. Equiv.	Puntajes Compuestos	% Intervalos de Confianza	Rangos Percentiles Para Población USA	Rangos Percentilares Ajustados
Comp. Verbal	19	VCI 71			
Raz. Percep.	18	PRI 86			
Memo. de Trab.	19	WMI 99			
Veloc. de Proc.	11	PSI 75			
Escala Total	67	FSIQ 79			

Rangos Percentilares Ajustados

Método A (Método Preferido)			Método B	
Experiencia Educativa en USA	Nivel de Educación Paterna	Clasificación	Experiencia Educativa en USA	
Ó				

Formulario de Registro

Perfil de Puntajes Escalares de Subtests Básicos

	Comprensión Verbal SI VC CO (IN)	Razonamiento Perceptual BD PCn MR (CA)	Memoria de Trabajo DS LN (AR)	Velocidad de Procesamiento CD SS (CA)
19	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
18	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
17	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
16	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
15	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
14	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
13	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
12	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
11	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
10	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
9	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
8	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
7	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
6	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
5	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
4	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
3	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
2	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •
1	• • • •	• • • •	• • • •	• • • •

Perfil de Puntajes Compuestos

VCI	PRI	WMI	PSI	FSIQ
160				
150				
140				
130				
120				
110				
100				
90				
80				
70				
60				
50				
40				

1. Diseño de Bloques

(Límite de Tiempo: ver Item)

Diseño	Forma de Presentación	Límite de Tiempo	Tiempo Completado	Diseño Correcto	Diseño Construido	Puntaje
1. Niño Examinador 6-7	Modelo	30"		S N	Intento 1  Intento 2 	Intento Intento 2 1 0 1 2
2. 	Modelo	45"	20"	S N	Intento 1  Intento 2 	Intento Intento 2 1 0 1 2
3. 8-16 	Modelo y Dibujo	45"	20"	S N	Intento 1  Intento 2 	Intento Intento 2 1 0 1 2
4. 	Dibujo	45"	36"	S N		0 4
5. 	Dibujo	45"	60"	S X		0 4
6. 	Dibujo	75"	20"	S X		0 4
7. 	Dibujo	75"	90"	S X		0 4
8. 	Dibujo	75"		S N		0 4
9. 	Dibujo	75"		S N		31-75 21-30 11-20 1-10 0 4 5 6 7
10. 	Dibujo	75"		S N		31-75 21-30 11-20 1-10 0 4 5 6 7
11. 	Dibujo	120"		S N		71-120 51-70 31-50 1-30 0 4 5 6 7
12. 	Dibujo	120"		S N		71-120 51-70 31-50 1-30 0 4 5 6 7
13. 	Dibujo	120"		S N		71-120 51-70 31-50 1-30 0 4 5 6 7
14. 	Dibujo	120"		S N		71-120 51-70 31-50 1-30 0 4 5 6 7
Puntaje Bruto Total (Máximo=68)						10
Diseño de Bloques sin Bonos de Tiempo BDN						
Puntaje Bruto Total						

2. Semejanzas

Todos los Items

Inicio
Edades 6-8: Ejemplo, Luego Item 1
Edades 9-11: Ejemplo, Luego Item 2
Edades 12-16: Ejemplo, Luego Item 3

Reversión
Edades 9-16: Puntaje de 0 ó 1 en cualquiera de los dos primeros ítems dados, administre los ítems precedentes en orden reverso hasta que se obtenga un puntaje preferido de 2 ítems consecutivos

Discontinúa
Después de 3 puntajes consecutivos de 0

Puntaje
Ítems 1: Puntaje con 0 ó 1 punto
Ítems 2-23: Puntaje con 0, 1 ó 2 puntos
Vea el Libro de Estímulos 1 para Respuestas de Ejemplo

Item	Respuesta	Puntaje
6-16 Ej. Rojo-Azul	<i>azul rojo</i>	0 ✓ 2
6-8 11. Leche-Agua		0 ✓
9-11 12. Manzana-Plátano (Banana, Banano, Guineo)		0 ✓ 2
12-16 3. Vela-Lámpara		0 1 ✓
4. Mariposa-Abeja		0 ✓ 2 Q
5. Jamón-Queso		0 ✓ 2 Q
6. Camisa-Zapato		0 1 ✓
7. Guitarra-Tambor		0 1 ✓
8. León-Elefante		0 ✓ 2
9. Bicicleta-Tren		0 ✓ 2
10. Codo-Rodilla	<i>rodilla codo</i>	0 1 ✓
11. Bola-Rueda	<i>Rueda</i>	0 ✓ 2
12. Oro-Plata	<i>monedas</i>	0 ✓ 2 Q
13. Madera-Ladrillos	<i>NR</i>	0 ✓ 2
14. Invierno-Verano	<i>NR</i>	0 ✓ 2
15. Calendario-Reloj	<i>taron horan.</i>	0 ✓ 2
16. Enojo-Alegria	<i>NR</i>	0 ✓ 2
17. Montaña-Lago		0 ✓ 2
18. Hielo-Vapor		0 ✓ 2

† Si el niño no da una respuesta correcta, brinde la respuesta indicada en el Libro de Estímulos

Continúa

2. Semejanzas (Continuación)

Discontinúe después de 5 puntajes consecutivos de 0

Item	Respuesta	Puntaje
19. Sai-Agua	0 1 2	0 1 2
20. Permiso-Prohibición	0 1 2	0 1 2
21. Primero-Último	0 1 2	0 1 2
22. Venganza-Perdón	0 1 2	0 1 2
23. Realidad-Fantasía	0 1 2	0 1 2
24. Espacio-Tiempo	0 1 2	0 1 2

•) La Pronunciación Incorrecta puede cambiar el Significado de los Estímulos

Puntaje Bruto Total
(Máximo=47) **16**

3. Retención de Dígitos

Todos los Items

Hacia adelante	Puntaje de Intento	Puntaje de Item	Hacia atrás	Puntaje de Intento	Puntaje de Item
Intento	Respuesta	Puntaje de Intento	Intento	Respuesta	Puntaje de Intento

Inicio
Edades 6-16:
Hacia adelante: Item 1
Hacia atrás: Ejemplo, Luego Item 1

Discontinúe
Hacia adelante: Discontinúe después de obtener puntajes de cero en ambos intentos de un ítem
Hacia atrás: Discontinúe después de obtener puntajes de cero en ambos intentos de un ítem

Puntaje
Puntuar con 0 ó 1 punto para cada intento
DSF & DSB
Puntaje Bruto Total para DS hacia adelante y hacia atrás respectivamente
LDSF & LDSB
Número de dígitos recordados en el último intento, puntuar con 1 punto para DS hacia adelante y hacia atrás respectivamente.

6-16 1. 2 - 9 4 - 6	0 ✓	0 1 2	6-16 → Ej: 8 - 2 5 - 6	0 ✓	0 1 2
2. 3 - 8 - 6 6 - 1 - 2	0 ✗	0 1 2	1. 2 - 1 1 - 3	0 ✗	0 1 2
3. 3 - 4 - 1 - 7 6 - 1 - 5 - 8	0 ✗	0 1 2	2. 3 - 5 6 - 4	0 ✗	0 1 2
4. 8 - 4 - 2 - 3 - 9 5 - 2 - 1 - 8 - 6	0' 1 0' 1	0 1 2	3. 5 - 7 - 4 2 - 5 - 9	0 ✗	0 1 2
5. 3 - 8 - 9 - 1 - 7 - 4 7 - 9 - 6 - 4 - 8 - 3	0 1	0 1 2	4. 7 - 2 - 9 - 6 8 - 4 - 9 - 3	0' 1 0' 1	0 1 2
6. 5 - 1 - 7 - 4 - 2 - 3 - 8 9 - 8 - 5 - 2 - 1 - 6 - 3	0 1	0 1 2	5. 4 - 1 - 3 - 5 - 7 9 - 7 - 8 - 5 - 2	0 ✗	0 1 2
7. 1 - 8 - 4 - 5 - 9 - 7 - 6 - 3 2 - 9 - 7 - 6 - 3 - 1 - 5 - 4	0 1	0 1 2	6. 1 - 6 - 5 - 2 - 9 - 8 3 - 6 - 7 - 1 - 9 - 4	0 1	0 1 2
8. 5 - 3 - 8 - 7 - 1 - 2 - 4 - 6 - 9 4 - 2 - 6 - 9 - 1 - 7 - 8 - 3 - 5	0 1	0 1 2	7. 8 - 5 - 9 - 2 - 3 - 4 - 6 4 - 5 - 7 - 9 - 2 - 8 - 1	0 1	0 1 2
			8. 6 - 9 - 1 - 7 - 3 - 2 - 5 - 8 3 - 1 - 7 - 9 - 5 - 4 - 8 - 2	0 1	0 1 2

LDSF
Máx. = 9

Retención de Dígitos hacia Adelante (DSF)
Puntaje Bruto Total
(Máximo = 16) **6**

LDSB
Máx.=8

Retención de Dígitos hacia Atrás (DSB)
Puntaje Bruto Total
(Máximo = 16) **5**

4. Conceptos de Figuras

Todos los Items

Inicio
Edades 6-8: Ejemplos A y B, Luego Item 1
Edades 9-11: Ejemplos A y B, Luego Item 5
Edades 12-16: Ejemplos A y B, Luego Item 7

Reversión
Edades 6-16: Puntaje de 0 en cualquiera de los dos primeros items dados, administre los items precedentes en secuencia inversa hasta que se obtengan un puntaje perfecto en 2 items consecutivos.

Discontinúa
Después de 5 puntajes consecutivos de 0

Puntaje
Puntue con 0 ó 1 punto.
Las respuestas correctas están en color.

Item	Respuesta	Puntaje
6-16 A.	 2 3 4 DK	
B.	1 2 3 4 DK	
6-8 1.	/ 2 / 4 DK 0 /	
2.	1 / 3 / DK 0 /	
3.	/ 2 3 / DK 0 /	
4.	/ 2 3 / DK 0 /	
9-11 5.	1 / / 4 DK 0 /	
6.	1 2 / 3 4 / 6 DK 0 /	
12-16 7.	/ 2 3 4 5 / DK 0 /	
8.	1 / 3 4 5 / DK 0 /	
9.	1 2 / 4 / 6 DK 0 /	
10.	1 2 / 4 5 / DK 0 /	
11.	/ 2 3 4 / 6 DK 0 /	
12.	1 2 / 4 5 6 DK 0 /	
13.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 DK / 1	
14.	/ 2 3 4 5 / 7 8 / DK 0 /	
15.	1 / 3 4 . 5 / 7 / 9 DK 0 /	
16.	1 2 / 4 / 6 7 + 9 DK 0 /	
17.	/ 2 3 4 5 / / 8 9 DK 0 /	
18.	/ 2 3 4 5 6 7 9 / 10 11 12 DK 0 /	
19.	1 2 / 4 5 / 7 8 9 10 / 11 12 DK 0 /	
20.	/ 2 3 4 / 5 6 7 / 8 9 DK / 1	
21.	1 / 3 / 5 6 7 / 8 9 DK / 1	
22.	/ 2 3 4 5 / 6 7 8 9 / 10 11 12 DK / 1	
23.	1 2 / 4 6 7 8 / 10 11 12 DK / 1	
24.	1 / 2 3 4 5 / 6 7 8 9 10 11 / DK / 1	
25.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 DK 0 /	
26.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 DK 0 /	
27.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 DK 0 /	
28.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 DK 0 /	

* Si el niño selecciona los dibujos 2, 6 y 8 pregunte como indica el Libro de Estímulos

Puntaje Bruto Total (Máximo = 28) 

5. Códigos

Todos los Items

Límite de Tiempo: 120"

Inicio
Edades 6-7: Códigos A Items de Ejemplo, Luego Items del Test
Edades 8-16: Códigos B Items de Ejemplo, Luego Items del Test

Discontinúa
Después de 120 segundos

Puntaje
Use la parrilla de calificación para verificar las respuestas del niño.
Califique con 1 punto para cada respuesta correcta

Código A. Bonos de tiempo por completamiento Rápido y Perfecto							
Tiempo en Segundos	116-120	111-115	106-110	101-105	96-100	86-95	
Máx. = 65						≤85	
Puntaje	59	60	61	62	63	64	65

Forma **Límite de tiempo** **Tiempo Completado** **Puntaje Bruto Total**

6-7 A. 120"  MÁX. = 119

8-16 B. 120"  MÁX. = 119

6

6. Vocabulario



Todos los ítems



Inicio
Edades 6-8: Item 5
Edades 9-11: Item 7
Edades 12-16: Item 9



Reversión
Edades 6-16: Puntaje de 0 ó 1 en cualquiera de los dos primeros ítems, administre los siguientes ítems en secuencia inversa hasta que se obtenga un puntaje perfecto en 2 ítems consecutivos.



Discontinúa
Después de 5 puntajes consecutivos de 0



Puntaje
Ítems 1-4: Puntaje con 0 ó 1 punto
Ítems 5-36: Puntaje con 0, 1 ó 2 puntos.
Vea el Libro de Estímulos 1 ó 2 para respuesta de ejemplos.

Item	Respuesta	Puntaje
Ítems de Dibujo		
1. Coche		0 1
2. Oso		0 1
3. Tren		0 1
4. Rana		0 1
Ítems Verbales		
6-8 → 15. Sombrero		0 1 2
† 6. Reloj		0 1 2
9-11 → 7. Vaca	Un animal	0 1 2
8. Sombrilla/Paraguas	para la lluvia	0 ✓ 2
12-16 → 9. Bicicleta	transporte	0 1 2
10. Ladrón	Alguien que roba.	0 1 2
11. Abecedario/Alfabeto	los letras ordenadas	0 ✓ 2
12. Obedecer	Comptener	0 ✓ 2
13. Salir	Cuando vas algún lado	0 1 2
14. Molestia	Cuando te lastima	✓ 1 2
15. Valiente	Cuando obedes a la maestra	✓ 1 2
16. Laguna	Donde viven peces	0 ✓ 2
17. Empleo	Atiende la casa	✓ 1 2

† Si el niño no da una respuesta correcta, brinde la respuesta indicada en el Libro de Estímulos

* La respuesta específica a la pregunta requerida está en el Libro de Estímulos.

Continúa →

6. Vocabulario (*Continuación*)

Discontinuar después de 5 puntajes consecutivos de 0

Item	Respuesta	Puntaje
18. Antiguo	de años pasados	0 ✓ 2
19. Obligar	Obedecer	✓ 1 2
20. Imitar	N >	✓ 1 2
21. Aterrador	N > .	✓ 1 2
22. Transparente		✓ 1 2
23. Isla		✓ 1 2
24. Agotador		0 1 2
* 25. Absorber ☺)		0 1 2
26. Presumir		0 1 2
27. Rivalidad		0 1 2
28. Fábula		0 1 2
29. Preciso		0 1 2
30. Aflicción		0 1 2
31. Previsión		0 1 2
32. Unánime ☺)		0 1 2
33. Enmienda		0 1 2
34. Inminente		0 1 2
35. Dilatorio		0 1 2
36. Gárrulo		0 1 2

* La respuesta específica a la pregunta requerida está en el Libro de Estímulos
 ☺ una incorrecta pronunciación puede que cambie el significado del estímulo.

Puntaje Bruto Total

(Máximo=68)

21

7. Secuencia Letra-Número

Todos los Items

Inicio

Edades 6-7: Ítems de preparación, Ejemplo, luego ítem
Edades 8-16: Ejemplo, luego ítem



Discontinúe

Si el niño es incapaz de responder correctamente a cualquiera de los ítems de preparación ó después de 0 en los 3 intentos de un ítem.



Puntaje

Puntué con 0 ó 1 punto
en los tres intentos

Item de Preparación	Respuesta Correcta			Correcto
6-7 → Conteo	Conteo del niño hasta tres			S N
Alfabeto	El niño recita el Alfabeto hasta las letras C			S N
8-16	Intentos	Respuestas Correctas	Respuestas Verbales	Puntaje de infantos
Ej.	1. A-2 2. B-3	2-A 3-B		
1.	1. A-3 2. B-1 3. 2-C	3-A 1-B 2-C ✓	A-3 B-1 C-2	0 1 2 3
2.	1. C-4 2. 5-E 3. D-3	4-C ✓ 5-E ✓ 3-D ✓	C-4 E-5 D-3	0 1 2 3
3.	1. B-1-2 2. 1-3-C 3. 2-A-3	1-2-B ✓ 1-3-C ✓ 2-3-A ✓	B-1-2 C-1-3 A-2-3	0 1 2 3
4.	1. D-2-9 2. R-5-B 3. H-9-K	2-9-D ✓ 5-B-R ✓ 9-H-K ✓	D-2-9 B-R-5 K-K-9	0 1 2 3
5.	1. 3-E-2 2. 9-J-4 3. B-5-F	2-3-E ✓ 4-9-J ✓ 5-B-F ✓	E-2-3 J-4-9 B-F-5	0 1 2 3
6.	1. 1-C-3-J 2. 5-A-2-B 3. D-8-M-1	1-3-C-J ✓ 2-5-A-B ✓ 1-8-D-M ✓	C-J-1-3 A-B-2-5 D-M-1-8	0 1 2 3
7.	1. 1-B-3-G-7 2. 9-T-1-C-7 3. P-3-J-1-M	1-3-7-B-G ✗ 1-7-9-C-T ✗ 1-3-J-M-P ✗	B-G-1-3-7 C-T-1-7-9 J-M-P-1-3	0 1 2 3
8.	1. 1-D-4-E-9-G 2. H-3-B-4-F-8 3. 7-Q-6-M-3-Z	1-4-9-D-E-G 3-4-8-B-F-H 3-6-7-M-Q-Z	D-E-G-1-4-9 B-F-H-3-4-8 M-Q-Z-3-6-7	0 1 2 3
9.	1. S-3-K-4-E-1-G 2. 7-S-9-K-1-T-6 3. L-2-J-6-Q-3-G	1-3-4-E-G-K-S 1-6-7-9-K-S-T 2-3-6-G-J-L-Q	E-G-K-S-1-3-4 K-S-T-1-6-7-9 G-J-L-Q-2-3-6	0 1 2 3
10.	1. 4-B-8-R-1-M-7-H 2. J-2-U-8-A-5-C-4 3. 6-L-1-Z-5-H-2-W	1-4-7-8-B-H-M-R 2-4-5-8-A-C-J-U 1-2-5-6-H-L-W-Z	B-H-M-R-1-4-7-8 A-C-J-U-2-4-5-8 H-L-W-Z-1-2-5-6	0 1 2 3

Puntaje Bruto Total

(Máximo = 30)

19

Continuar

8. Razonamiento de Matrices

Item	Respuesta	Puntaje	Item	Respuesta	Puntaje	Item	Respuesta	Puntaje
6-16-A.	1 2 3 4 5 DK		12.	✓ 2 3 4 5 DK	✓ 1	26.	1 2 3 4 5 DK	0 1
B.	1 2 3 4 5 DK		13.	1 2 3 ✗ 5 DK	0 ✗	27.	1 2 3 4 5 DK	0 1
C.	1 2 3 ✗ 5 DK		14.	✗ 2 3 4 5 DK	0 ✗	28.	1 2 3 4 5 DK	0 1
1.	1 2 3 4 5 DK	0 1	15.	1 2 3 4 ✗ DK	0 1	29.	1 2 3 4 5 DK	0 1
2.	✗ 3 4 5 DK	0 ✗	16.	1 ✗ 3 4 5 DK	0 ✗	30.	1 2 3 4 5 DK	0 1
3.	1 2 3 4 5 DK	0 1	17.	1 2 3 ✗ 5 DK	0 1	31.	1 2 3 4 5 DK	0 1
6-8	4. 1 2 3 4 5 DK	0 1	18.	1 2 3 ✗ 5 DK	0 ✗	32.	1 2 3 4 5 DK	0 1
5.	1 2 3 4 ✗ DK	0 ✗	19.	1 2 3 ✗ 5 DK	0 1	33.	1 2 3 4 5 DK	0 1
6.	✗ 3 4 5 DK	0 ✗	20.	1 2 3 4 ✗ DK	0 ✗	34.	1 2 3 4 5 DK	0 1
9-11	7. 1 2 3 ✗ 5 DK	0 ✗	21.	✗ 2 3 4 5 DK	0 1	35.	1 2 3 4 5 DK	0 1
8.	✗ 3 4 5 DK	0 1	22.	1 ✗ 3 4 5 DK	0 1			
9.	✗ 2 3 4 5 DK	0 ✗	23.	1 2 3 4 5 DK	0 1			
10.	1 2 ✗ 4 5 DK	0 ✗	24.	1 2 3 4 5 DK	0 1			
12-16	11. 1 ✗ 3 4 5 DK	0 ✗	25.	1 2 3 4 5 DK	0 1			

Puntaje Bruto Total
(Máximo = 35) 14

9. Comprensión

Item	Respuesta	Puntaje
6-8 ↑ 1. Dientes		0 1 2
9-11 2. Cinturones de seguridad	Por que no te solpes en el asiento	0 1 ✗
* 3. Humo	Dijo de a poco	0 ✗ 2
12-16 4. Verduras	Para tener una buena salud	0 1 ✗
5. Cartera	devolver a la persona	0 1 ✗
* 6. Luces	gusto de leer	0 1 2
7. Policias	Para saber quién son policías.	0 1 ✗
8. Pelea	dejarle a su mamá	0 ✗ 2

↑ Si el niño no da un respuesta de dos puntos, brinde la respuesta indicada en el Libro de Estímulos
* Si la respuesta del niño refleja solo una idea general, pida una segunda respuesta como está indicado en el Libro de Estímulos.

Continúa →

9. Comprensión (Continuación)

Discontinuar después de 4 puntajes consecutivos de 0

Item	Respuesta	Puntaje
* 9. Biblioteca	tener libros	0 ✓ 2
10. Inspeccionar carne	ver carne	0 ✓ 1 2
11. Ejercicio	N S.	0 ✓ 1 2
12. Perdón	para que le pague - reembolsar	0 1 ✗
* 13. Noticias	se manda la noticia	0 ✓ 2
* 14. Doctores	para que nombren	0 ✓ 2
15. Promesa	N S.	0 ✓ 1 2
* 16. Democracia	1 > .	0 ✓ 1 2
* 17. Derechos de Autor	N S.	0 ✓ 1 2
* 18. Monopolio	N S.	0 ✓ 1 2
19. Estampillas		0 1 2
* 20. Tecnología		0 1 2

* Si la respuesta del niño refleja solo una idea general, pida una segunda respuesta como está indicado en el Libro de Estímulos.

Puntaje Bruto Total
(Máximo = 40)

17

10. Búsqueda de Símbolos



(Tiempo Límite 120")



Todos los Items

Inicio

Edades 6-7: Búsqueda de Símbolos A, ítems de ejemplo, ítems de práctica, luego ítems del Test
Edades 8-16: Búsqueda de Símbolos B, ítems de ejemplo, ítems de práctica, luego ítems del Test



Discontinúa

Después de 120 segundos



Puntaje

Use la parrilla de calificación para corregir las respuestas del niño.
Reste el número de respuestas incorrectas del número de respuestas correctas.
Si el Puntaje Bruto Total es <0, asigne 0.

Complejamiento
de tiempo

Número de respuestas
correctas

Número de respuestas
incorrectas

Puntaje Bruto Total
(Edades 6-7: Máx. = 45)
(Edades 8-16: Máx. = 60)

17

CASO CLÍNICO 2

ANAMNESIS

I. Datos de Filiación:

- Nombres y Apellidos: A.A.C.P
- Edad: 55 años
- Fecha de Nacimiento: 1/5/1963
- Lugar de Nacimiento: Islay
- Grado de Instrucción: Secundario completo
- Estado Civil: Casado
- Procedencia: Islay
- Ocupación: Lectura de cartas
- Religión: Católica
- Referente: No consignado
- Informantes: No consignado
- Fechas de Evaluación: 07/11/2018 – 08/11/2018
- Examinador (a): Lizeth Narda Medina Yto

II. Motivo de Consulta:

Paciente acude de manera voluntaria a centro de salud mental con la finalidad de poder internarse y atender su problema de adicción a las drogas.

III. Historia de la Enfermedad o del problema actual:

- **Tiempo.**

Refiere haber consumido drogas desde los 12 años de edad, y haber estado en consumo activo desde hace 35 años.

- **Forma de Inicio**

Refiere empezar consumo de marihuana a los 12 años en Ilo, por influencia de unos de sus vecinos, indica años después haber comenzado consumo de pasta básica de cocaína, alcohol y otras drogas.

- **Síntomas principales.**

Refiere haber presentado comportamiento desorganizado, poco control de impulsos, agresividad, consumo compulsivo, conducta temeraria y delictiva durante períodos de consumo y abstinencia.

- **Relato.**

“Desde los 12 años empecé con las drogas, un vecino me invitó a fumarme un “tamal” de marihuana, y así empecé todo. Con el pasar del tiempo pase a consumir cocaína, pasta básica de cocaína y todas las drogas posibles incluyendo el alcohol. Durante esos años yo ya consumía en Ilo con unos amigos en parques y cerca de las playas. La gente a veces se burlaba de nosotros y nos molestaba, pero a nosotros solo nos importaba consumir y nada más. Después de casarme ya consumía nuevas drogas como éxtasis, San Pedro o sales”

- **Antecedentes Clínicos**

Paciente consume drogas desde los 12 años comenzando un consumo activo de las mismas desde los 16. Ha sido internado en centros de rehabilitación y clínicas de desintoxicación en múltiples ocasiones. Refiere haber presenciado discusiones y peleas en casa. La relación con sus padres era disfuncional, su padre estaba ausente la mayor

parte del tiempo y su madre no le mostraba afecto. Desde niño se alejaba de casa cuando se encontraba molesto.

IV. Antecedentes Personales:

- **Etapa Pre-natal: Embarazo o gestación.**

La madre sufría abuso físico y psicológico por parte del padre que consumía alcohol. No se informa alguna caída o golpe de mayor importancia o consideración durante la etapa pre-natal.

- **Etapa Natal: Parto**

Refiere a ver nacido e manera normal a los 9 meses de gestación aproximadamente.

- **Etapa Post-Natal:**

- **Primer Año**

Durante el primer año de vida, indica haber presenciado discusiones y problemas en casa. Quien estaba presente en casa con mayor frecuencia y a su cuidado era la madre. El padre era ausente por temas laborales y por consumo de alcohol.

- **Desarrollo Psicomotor**

Refiere haber aprendido a caminar al año y 2 meses aproximadamente. Demoró en dominar el habla más que los niños que tenían su misma edad.

- **Rasgos neuropáticos**

No se consignó algún rasgo neurótico referente a la enfermedad del paciente.

- **Etapa Escolar**

Paciente indica haber tenido problemas en su comunicación con amigos y compañeros de colegio. Refiere haber tenido problemas de conducta en clase. Así mismo tenía peleas y discusiones constantes con alumnos del colegio. Se encontraba sometido a burlas. Informa también haber comenzado en parte el consumo de drogas, por intentar ser popular entre sus compañeros y que oía escaparse de clases durante períodos de consumo.

- **Desarrollo y Función Sexual.**

- **Aspectos Fisiológicos:**

Refiere haber desarrollado su sexualidad de manera adecuada y normal durante su adolescencia. Tuvo interés en sexo femenino desde la pubertad. Se inició sexualmente a los 16 años aproximadamente con enamorada. Con el pasar de los años y consumo de drogas su deseo sexual disminuyó.

- **Aspecto psicosexual y Matrimonio**

Refiere haber mantenido relaciones sentimentales y sexuales con chicas adictas, cuando consumo de drogas aumentó, el deseo e interés sexual disminuyó por presencia de impotencia física y disfunción eréctil. Algunas chicas con quienes mantenía relaciones sexuales muchas veces ante su dificultad o poco interés en el sexo le preguntaba “¿Eres homosexual?”. A la edad de 25 años contrae matrimonio con vecina, quien no tenía conductas de consumo. Durante sus dos años de matrimonio su actividad sexual fue errática y con altibajos.

- **Historia de la Recreación y de la vida.**

Paciente indica que desde niño buscó maneras de poder divertirse o buscar por su propia cuenta fuentes de entretenimiento. De niño jugaba con vecinos en el parque y

compartía con compañeros de colegio, cuando empezó consumo de drogas dejó de practicar actividades diversas o pasatiempos personales para dedicarlos enteramente a su adicción por las drogas.

- **Actividad Laboral.**

Paciente indica siempre haber tenido capacidad y talento para poder agenciarse recursos económicos por su cuenta. Refiere que padre trabajaba como funcionario en banco de la nación, por lo que había abundancia de dinero en casa. Informa en varias ocasiones haber falsificado firma de padre para poder mediante la estafa conseguir productos para conseguir dinero de manera personal. Trabajó por una temporada en banco de la nación por influencia de padre hasta que fue descubierto estafando; por lo que fue retirado del banco. Indica no haber laborado durante los primeros años de su matrimonio por aporte económico del padre. Cuando este aporte económico cesó, empezó la lectura de cartas como medio de trabajo. Informa ganar fuertes cantidades de dinero por esta actividad.

- **Servicio Militar.**

Paciente no realizó servicio militar.

- **Religión.**

Es de religión católica. Refiere haber participado en varias religiones como adventistas, mormones y evangelistas.

- **Hábitos e influencias nocivas o tóxicas.**

Consumo desde los 12 años de edad con años de consumo activo desde los 16 años. Su padre fue alcohólico por lo que el paciente desde niño presenció la influencia de las drogas desde la familia.

I. Antecedentes Mórbidos personales

- Enfermedades y accidentes.**

Paciente indica sufrir de cirrosis hepática y distintas enfermedades físicas por años de consumo de drogas. Fue internado en múltiples ocasiones por intoxicación por consumo de drogas. Actualmente indica que cuerpo no tolera ingesta y consumo de drogas por mucho tiempo, colapsando físicamente y generando distintos tipos de malestares.

- Personalidad Pre mórbida**

Paciente durante la niñez se escapaba de casa buscando aislarse de problemas familiares. Buscaba realizar cosas por su conveniencia e interés. Buscaba la independencia desde temprana edad. Solía desobedecer a padres. Durante su etapa escolar discutía con compañeros y tenía problemas de conducta.

II. Antecedentes Familiares:

- Composición Familiar (miembros de la familia de origen y/o actual)**

En la familia origen el paciente es el penúltimo hermano de 7 hijos. Su madre actualmente vive y mantiene contacto con él, mientras que su padre falleció hace 8 años por cáncer de páncreas.

Su familia actual está compuesta por esposa de quien se ha separado y tres hijos, un hijo mayor de 24 años llamado Angelo y un hijo de 12 años llamado Giancarlos y una hija menor llamada Margot.

- **Dinámica Familiar (Hábitos, costumbres)**

Desde su niñez presenció discusiones y peleas de padres. El padre era alcohólico y abusaba físicamente de la madre, era ausente y se enfocaba en su trabajo. La madre le demostró poco afecto durante la niñez y adolescencia del paciente. Lo solía castigar con frecuencia a manera de “venganza” contra el padre. Su relación con hermanos era distante. Formó su familia a la edad de los 25 años, en la cual mantenía discusiones constantes con su esposa por problemas de adicción a drogas. Actualmente su relación con su madre es distante y conflictiva. Mantiene una relación distante con su familia.

- **Condición Socioeconómica (vivienda, condiciones sanitarias, ubicación sociocultural, ocupación)**

El paciente refiere desde su niñez haber vivido en abundancia económica. Durante su etapa adulta también recibió apoyo económico inclusive los primeros años de matrimonio. Cuando deja de recibir el apoyo económico del padre, el paciente empieza a realizar actividades de lectura de cartas para poder ganar dinero, el cual le permitía seguir adquiriendo drogas y también le ayudaba para contribuir con las necesidades de la familia. Actualmente vive solo en un hotel, donde consume drogas mantiene poco contacto con la familia y ocasionalmente envía dinero a su esposa.

- **Antecedentes Patológicos**

El paciente indica que su padre era adicto al alcohol, el cual era consumido desde que él tiene uso de razón, por lo que existían problemas constantes en casa. Su nivel de consumo era de alta frecuencia y en altas dosis. El paciente no refirió antecedentes de enfermedad en otros familiares cercanos o lejanos.

III. Resumen.

Paciente de 55 años que acude de manera voluntaria a centro de salud mental con la finalidad de poder internarse y atender su problema de adicción a las drogas. Consumió drogas desde los 12 años. No tuvo mayores inconvenientes durante primeros años de vida. En la etapa de su niñez presenció discusiones y peleas por parte de padres. Presentaba problemas de conducta en el colegio. A partir de los 16 años empezó a consumir distintos tipos de sustancias lo que le generó disfunciones y problemas de distinta índole. Su psicosexualidad se vio afectada por adicción a drogas. En cuanto a la relación con la familia que formó se presentaba problemas de comunicación y conflictos por el consumo de drogas. Su padre era adicto al alcohol, consumía de manera frecuente. Actualmente se desempeña en actividades de lectura de cartas lo que le genera ingresos para el consumo de drogas y en ocasiones parte del dinero es enviado a su esposa. Actualmente sufre de cirrosis hepática y otros malestares físicos causados por los años de consumo de drogas.

EXAMEN MENTAL

I. Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos: A.A.C.P
 Edad: 55 años
 Fecha de Nacimiento: 1/5/1963
 Lugar de Nacimiento: Islay
 Grado de Instrucción: Secundario completo
 Estado Civil: Casado
 Procedencia: Islay
 Ocupación: Lectura de cartas
 Religión: Católica
 Referente: No consignado
 Informantes: No consignado
 Lugar de Evaluación: Centro de Salud
 Fechas de Evaluación: 07/11/2018 – 08-11-2018
 Examinador (a): Lizeth Narda Medina Yto

II. Porte, Comportamiento y Actitud.

El paciente mantiene una postura erguida y derecha durante la entrevista. Aparenta la edad referida. Presenta aliño y aseo personal. Su actitud frente al evaluador es colaboradora y se mantiene atento ante cualquier detalle o suceso durante la entrevista, busca comunicar sus emociones y sentimientos, así como sus anécdotas personales.

III. Atención, Conciencia y orientación.

- **Atención.** El paciente se muestra atento durante la entrevista y evaluación, siguiendo las instrucciones correctamente y preguntando activamente cuando no comprende el sentido de las mismas.
- **Conciencia o estado de alerta.** El paciente muestra conciencia de su entorno, observando constantemente los hechos que ocurren cerca de él (salida y entrada de pacientes al salón de la entrevista, hora de actividades, etc).
- **Orientación: tiempo, espacio, lugar, persona, personas.** El paciente se encuentra orientado en tiempo, espacio y lugar; responde adecuadamente a las preguntas planteadas durante la entrevista demostrando claramente la orientación en estas esferas.

IV. Lenguaje

El paciente presenta lenguaje pausado y lento. Su vocabulario es variado. La entonación y expresión oral es coherente. Su comunicación es cordial y su comportamiento frente al evaluador es adecuado. Su comunicación no verbal es acorde a lo que narra o siente, enfatizando con gestos su expresión oral.

V. Pensamiento

El paciente presenta congruencia en curso y contenido del pensamiento. Explicando y argumentando sus ideas en base a alguna problemática o incidencia acorde con la realidad y el contexto.

VI. Percepción

El paciente no manifiesta distorsiones de la percepción y muestra congruencia en lo que percibe en relación en la realidad.

VII. Memoria

El paciente presenta una memoria conservada, narrando adecuadamente eventos pasados de su vida con detalle, recuerda fechas recientes y lejanas. No presenta problemas en esta área.

VIII. Funcionamiento Intelectual:

- **Conocimientos Generales.** Demuestra tener conocimientos de distinta índole y temas en general, este tipo de información la obtiene mediante observación y conversaciones personales, por lo que recopila datos y temas de interés mediante comunicación oral y personal, buscando constantemente información adecuada para sus intereses y planes.
- **Memoria.** El paciente presenta una memoria conservada, narrando adecuadamente eventos pasados de su vida con detalle, recuerda fechas recientes y lejanas. No presenta problemas en esta área.
- **Pensamiento: razonamiento y juicios.** El paciente presenta congruencia en curso y contenido del pensamiento. Explicando y argumentando sus ideas en base a alguna problemática o incidencia acorde con la realidad y el contexto. Se observa distorsión en el juicio y razonamiento por influencia de drogas, por lo que la mayoría de sus ideaciones y anhelos están dirigidos a ver la manera más adecuada

de sacar provecho y ventaja de la situación para responder a su adicción a las drogas.

IX. Estado de Ánimo y Afectos.

Su estado de ánimo es cambiante e inestable, pasando de la depresión a la irritabilidad. Constantemente indica sentir sentimientos de culpa por efectos de su adicción a las drogas. Refiere sentir ansiedad por consumir y al mismo tiempo temor a recaer en drogas una vez ser dado de alta. Siente irritabilidad cuando le dan órdenes o lo obligan a hacer actividades de las que no está de acuerdo.

X. Comprensión y Grado de Incapacidad del problema o enfermedad

El paciente presenta conciencia parcial de la enfermedad, entendiendo las consecuencias del consumo y los efectos nocivos que le causa a nivel físico, personal y familiar. Sin embargo, informa haber recaído en múltiples ocasiones indicando que los años de consumo le han generado cierta imposibilidad de controlar los impulsos de consumo de drogas. La incapacidad a nivel personal es grave, no logrando desempeñarse de manera adecuada y funcional en sus actividades por adicción a drogas. Actualmente por presencia de enfermedades físicas como cirrosis hepática, presenta riesgo de descompensarse de manera general ante posible recaída.

XI. Resumen.

Paciente de 55 años que presenta postura erguida, aseo y aliño personal adecuado y aparenta edad referida. Sus niveles de atención, conciencia y orientación en las esferas de tiempo, espacio y persona son adecuados. No presenta problemas en las áreas de lenguaje, pensamiento percepción y memoria. Respecto a su funcionamiento

intelectual presenta conocimientos generales de distinta índole, se observa distorsiones en juicio y razonamiento por influencia de adicción a las drogas. Su estado de ánimo es cambiante, fluctuando entre la depresión a la irritabilidad, presenta sentimientos de culpa. Su conciencia de enfermedad es parcial, reconociendo los efectos del consumo de drogas en su vida personal pero no logrando mediante la voluntad y el autocontrol frenar el consumo activo de drogas.

LIZETH NARDA MEDINA YTO

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. Datos de Filiación:

- Nombres y Apellidos: A.A.C.P
- Edad: 55 años
- Fecha de Nacimiento: 1/5/1963
- Lugar de Nacimiento: Islay
- Grado de Instrucción: Secundario completo
- Estado Civil: Casado
- Procedencia: Islay
- Ocupación: Lectura de cartas
- Religión: Católica
- Referente: No consignado
- Informantes: No consignado
- Lugar de Evaluación: Centro de Salud
- Fechas de Evaluación: 07/11/2018– 08/11/2018
- Examinador (a): Lizeth Narda Medina Yto

II. Observaciones Generales.

Paciente cumple adecuadamente con indicaciones e instrucciones durante la evaluación y entrevista. Se muestra colaborador y atento ante las evaluaciones y la entrevista.

III. Instrumentos Utilizados:

- Entrevista psicológica.

- Observación psicológica.
- Test Machover (Karen Machover)
- Test hombre bajo la lluvia (Thomas Sanchez)
- Inventario Clinico Multiaxial Millon ii (Theodore Millon)
- Test de inteligencia no verbal Toni-2 (Linda Brown)

IV. Interpretación de los instrumentos:

■ Cuantitativa

■ Inventario clinico multiaxial Millon II

Histrionico	106	Elevado
Narcisista	121	Elevado
Antisocial	121	Elevado
Dependencia a drogas	115	Elevado
Depresión mayor	115	Elevado

■ Test de inteligencia no verbal Toni-2

PUNTAJE	
C.I. 95	PERCENTIL: 50
OBSERVACIONES: El paciente presenta un nivel de inteligencia promedio/normal respecto a la media poblacional. Lo que indica un nivel adecuado de facultades para resolver problemas así como tareas y circunstancias cotidianas.	

■ Cualitativa

■ Test Machover

El paciente presenta indicadores de inmadurez emocional, rasgos neuróticos y depresivos. Se observan indicadores de egocentrismo y egoísmo, así como rasgos de personalidad narcisista e histriónico. Hay poca apertura a los demás y al exterior. Se observan indicadores de conductas disfuncionales como el hurto, manipulación y mentira.

■ **Test hombre bajo la lluvia**

El paciente presenta indicadores de depresión y desvalorización personal, dificultad para aperturar relaciones interpersonales. Se evidencia signos depresivos, poco control de impulsos y rasgos neuróticos. Existe orientación a eventos personales del pasado y poza capacidad para afrontar situaciones del futuro, así también se observa pocos recursos de afrontamiento a problemáticas personales.

■ **Test inventario Clinico Multiaxial Millon ii**

Rasgos de personalidad narcisista, depresivo, histriónico y antisocial. Hay altos indicadores de dependencia a drogas.

V. Resumen

Paciente presenta un nivel intelectual de 95 correspondiente a la media normal y promedio de inteligencia. Lo que indica un nivel adecuado de facultades para resolver problemas así como tareas y circunstancias cotidianas. Presenta rasgos e indicadores de personalidad narcisista, lo que indica una tendencia al egoísmo y buscar prevalecer su opinión hacia los demás de manera desordenada y disfuncional, lo que se expresa mediante su poca capacidad de empatía y consideración hacia las personas; presenta rasgos de personalidad antisocial, lo que se evidencia por su poca adhesión a las

normas y reglas, así como el poco respeto a figuras de autoridad, así mismo ha presentado conductas delictivas y consumo excesivo de drogas; presenta rasgos de personalidad histriónica, lo que se manifiesta mediante una tendencia constante ser el centro de atención ante los demás. Existe signos de depresión lo que se manifiesta mediante indicadores de desvalorización y minusvalía, sus conductas de afrontamiento a los problemas son limitadas. Manifiesta conductas de hurto, manipulación y mentira. Existe poca apertura a los demás y a expresar sus ideas y emociones.

TEST MACHOVER

(Karen Machover)

I. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

PLANO GRAFICO Y FORMAL El paciente presenta indicadores de inmadurez emocional, rasgos neuróticos y depresivos algunos signos de conflicto psicosexual. Se observan indicadores de impulsividad, agresividad y hostilidad al mundo exterior.

PLANO ESTRUCTURAL Hay manifestaciones de egocentrismo y egoísmo, el paciente tienden a observarse como una figura de poder, se observa poca apertura al exterior y a los demás, así como de expresar sus pensamientos e ideas.

PLANO DEL CONTENIDO Se observan dificultades en términos de comunicación con el exterior y hacia los demás. Se evidencian problemas en sus relaciones interpersonales así como poca apertura hacia las demás personas, por lo que su interacción puede llegar a ser superficial o periférica. Se encuentran indicadores de una personalidad narcisista e histriónica buscando ser el centro de atención.

INTERPRETACIÓN CLÍNICA El paciente presenta indicadores de inmadurez emocional, egocentrismo y pobres relaciones interpersonales, impulsividad,

agresividad. Se observan signos de manipulación y conductas no adecuadas como hurto o mentira.

- II. **RESUMEN** El paciente presenta indicadores de inmadurez emocional, rasgos neuróticos y depresivos. Se observan indicadores de egocentrismo y egoísmo, así como rasgos de personalidad narcisista e histriónico. Hay poca apertura a los demás y al exterior. Se observan indicadores de conductas disfuncionales como el hurto, manipulación y mentira.

TEST HOMBRE BAJO LA LLUVIA

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

ANÁLISIS DE LOS RECURSOS EXPRESIVOS El paciente manifiesta indicadores de desvalorización personal. Poca apertura al exterior y signos depresivos. Se observa presencia de signos de tensión, rasgos neuróticos, ansiedad, y poco control de impulsos.

ORIENTACIÓN DE LA PERSONA Existen indicadores de conflictos y problemas en etapas anteriores de su vida, hay orientación al pasado a situaciones y eventos de años atrás. Existe un temor hacia el futuro y devenir.

EXPRESIONES DE CONFLICTO Existen indicadores de depresión y poca capacidad de solucionar problemas personales, hay una negación a lo que pueda ocurrir a futuro y falta de predisposición a afrontar situaciones personales.

MECANISMOS DE DEFENSA Se observa poca capacidad para afrontar problemas y dificultades, sus recursos de afrontamiento son limitados por lo que el paciente percibe que le es difícil enfrentar su situación personal.

- I. **RESUMEN** El paciente presenta indicadores de depresión y desvalorización personal, hay poca apertura a los demás y al exterior. Hay signos depresivos, de poco control de impulsos y rasgos neuróticos. Hay una orientación a eventos personales del pasado y poca capacidad para afrontar el futuro. Se observa pocos recursos de afrontamiento a problemáticas personales.

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL MILLON II

(Theodore Millon)

I. ANÁLISIS CUANTITATIVO

Histriónico	106	Elevado
Narcisista	121	Elevado
Antisocial	121	Elevado
Dependencia a drogas	115	Elevado
Depresión mayor	115	Elevado

II. ANÁLISIS CUALITATIVO

- **Patrones clínicos de la personalidad.**
- **Histriónico (106) (Elevado)** Estos pacientes frecuentemente muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e incluso indiscriminada. Sus comportamientos sociales inteligentes y frecuentemente astutos les dan la

apariencia de autoconfianza y serenidad; bajo esta apariencia, sin embargo, yace una autoconfianza engañosa y una necesidad de repetidas señales de aceptación y aprobación. Elogios y afecto deben ser constantemente renovados y los buscan en cada fuente interpersonal y en cada contexto social.

- **Narcisista (121) (Elevado)** Estos pacientes se caracterizan por considerar que merecen y necesitan atenciones y cuidados especiales por su condición de superioridad, suelen ser egoístas y demostrar poca empatía hacia los demás.
- **Antisocial (121) (Elevado)** Hay poca adherencia a las normas sociales y a la autoridad, se observan comportamientos dirigidos a romper las normas sociales y demostrar comportamientos disfuncionales.

- **Síndromes clínicos**
- **Dependencia a drogas (115) (elevado)** Es probable que estos pacientes hayan tenido una historia reciente o recurrente de abuso de drogas, tienden a tener dificultad para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos. Esta escala está compuesta de muchos ítems indirectos y sutiles, como la escala de Abuso del alcohol, y puede ser útil para identificar sujetos con problemas de abuso de las drogas que no están dispuestos a admitir su problema.

TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL TONI-2

(Linda Brown)

I. ANÁLISIS CUANTITATIVO

PUNTAJE

C.I. 95	PERCENTIL: 50
OBSERVACIONES: El paciente presenta un nivel de inteligencia promedio/normal respecto a la media poblacional. Lo que indica un nivel adecuado de facultades para resolver problemas así como tareas y circunstancias cotidianas.	

Resumen de resultados integrales a todas las pruebas.

Paciente presenta un nivel intelectual de 95 correspondiente a la media normal y promedio de inteligencia. Lo que indica un nivel adecuado de facultades para resolver problemas, así como tareas y circunstancias cotidianas. Presenta rasgos e indicadores de personalidad narcisista, lo que indica una tendencia al egoísmo y buscar prevalecer su opinión hacia los demás de manera desordenada y disfuncional, lo que se expresa mediante su poca capacidad de empatía y consideración hacia los personas; presenta rasgos de personalidad antisocial, lo que se evidencia por su poca adhesión a las normas y reglas, así como el poco respeto a figuras de autoridad, así mismo ha presentado conductas delictivas y consumo excesivo de drogas; presenta rasgos de personalidad histriónica, lo que se manifiesta mediante una tendencia constante ser el centro de atención ante los demás. Existe signos de depresión lo que se manifiesta mediante indicadores de desvalorización y minusvalía, sus conductas de afrontamiento a los problemas son limitadas. Hay signos de depresión y conductas de hurto, manipulación y mentira. Existe poca apertura a los demás y a expresar sus ideas y emociones.

INFORME PSICOLÓGICO

I. Datos de Filiación:

- Nombres y Apellidos: A. A. C. P.
- Edad: 55 años
- Fecha de Nacimiento: 1/5/1963
- Lugar de Nacimiento: Islay
- Grado de Instrucción: Secundario completo
- Estado Civil: Casado
- Procedencia: Islay
- Ocupación: Lectura de cartas
- Religión: Católica
- Referente: No consignado
- Informantes: No consignado
- Lugar de Evaluación: Centro de Salud
- Fechas de Evaluación: 07/11/2018 – 08-11-2018
- Examinador (a): Lizeth Narda Medina Yto

II. Motivo de Consulta:

Paciente acude de manera voluntaria a centro de salud mental con la finalidad de poder internarse y atender su problema de adicción a las drogas.

III. Técnicas e instrumentos Utilizados:

- Entrevista psicológica.
- Observación psicológica.

- Test machover (Karen Machover)
- Test hombre bajo la lluvia (Thomas Sanchez)
- Inventario clinico multiaxial millon ii (Theodore Millon)
- Test de inteligencia no verbal toni-2 (Linda Brown)

IV. Antecedentes Personales y Familiares.

Paciente de 55 años que acude de manera voluntaria a centro de salud mental con la finalidad de poder internarse y atender su problema de adicción a las drogas. Consumo drogas desde los 12 años. No tuvo mayores inconvenientes durante primeros años de vida. Durante su niñez presenció discusiones y peleas por parte de padres. Tenía problemas de conducta en el colegio. A partir de los 16 años empezó a consumir distintos tipos de sustancias lo que le generó disfunciones y problemas de distinta índole. Su psicosexualidad se vio afectada por adicción a drogas. Su relación con familia que formó y la de origen no es adecuada siendo disfuncional en términos de comunicación. Se desempeña actualmente en actividades de lectura de cartas lo que le genera ingresos para adicción a drogas. Actualmente sufre de cirrosis hepáticas y otros malestares físicos causados por los años de consumo de drogas.

V. Observaciones Conductuales.

Paciente de 55 años que presenta postura erguida, aseo y aliño personal adecuado y aparenta edad referida. Su nivel de atención conciencia y orientación en las esferas de tiempo, espacio y persona son adecuados y normales. No presenta problemas en las áreas de lenguaje, corriente percepción y memoria. Respecto a su funcionamiento intelectual presenta conocimientos generales de distinta índole, se observa distorsiones en juicio y razonamiento por influencia de adicción a las drogas. Su

estado de ánimo es cambiante, fluctuando entre la depresión a la irritabilidad, presenta sentimientos de culpa. Su conciencia de enfermedad es parcial, reconociendo los efectos del consumo de drogas en su vida personal pero no logrando mediante la voluntad y el autocontrol frenar el consumo activo de drogas.

VI. Análisis e Interpretación de los resultados:

El paciente A. A. C. P. de 55 años, que acude de manera voluntaria a centro de salud mental con la finalidad de poder internarse y atender su problema de adicción a las drogas, **según las evaluaciones posee** un nivel intelectual de 95 correspondiente a la media normal y promedio de inteligencia, lo que indica un nivel adecuado de facultades para resolver problemas, así como tareas y circunstancias cotidianas. Presenta rasgos e indicadores de personalidad narcisista, lo que indica una tendencia al egoísmo y buscar prevalecer su opinión hacia los demás de manera desordenada y disfuncional, lo que se expresa mediante su poca capacidad de empatía y consideración hacia las personas; presenta rasgos de personalidad antisocial, lo que se evidencia por su poca adhesión a las normas y reglas, así como el poco respeto a figuras de autoridad, así mismo ha presentado conductas delictivas y consumo excesivo de drogas; presenta rasgos de personalidad histriónica, lo que se manifiesta mediante una tendencia constante ser el centro de atención ante los demás. Existe signos de depresión lo que se manifiesta mediante indicadores de desvalorización y minusvalía, sus conductas de afrontamiento a los problemas son limitadas. Se observa conductas de hurto, manipulación y mentira. Existe poca apertura a los demás y a expresar sus ideas y emociones. Desde su juventud debido a la influencia de una familia disfuncional, una actitud impulsiva y de rebeldía inició el consumo de drogas lo que en la actualidad constituye para él, una adicción que le genera distintos tipos de

disfunciones en la mayoría de las dimensiones y ámbitos de su vida. Su conciencia de la enfermedad es parcial y no logra frenar el consumo de drogas por lo que ha experimentado múltiples internamientos y posteriores recaídas a distintos centros de salud mental.

VII. Diagnóstico:

El paciente A. A. C. P. de 55 años, presenta rasgos e indicadores de personalidad narcisista, lo que indica una tendencia al egoísmo y buscar prevalecer su opinión hacia los demás de manera desordenada y disfuncional, lo que se expresa mediante su poca capacidad de empatía y consideración hacia los personas; presenta rasgos de personalidad antisocial, lo que se evidencia por su poca adhesión a las normas y reglas, así como el poco respeto a figuras de autoridad, así mismo ha presentado conductas delictivas y consumo excesivo de drogas; presenta rasgos de personalidad histriónica, lo que se manifiesta mediante una tendencia constante ser el centro de atención ante los demás. Existe signos de depresión lo que se manifiesta mediante indicadores de desvalorización y minusvalía, sus conductas de afrontamiento a los problemas son limitadas. Se observa conductas de hurto, manipulación y mentira. Existe poca apertura a los demás y a expresar sus ideas y emociones. Su conciencia de la enfermedad es parcial y no logra frenar el consumo de drogas por lo que ha experimentado múltiples internamientos y posteriores recaídas a distintos centros de salud mental. Por lo expuesto paciente presenta:

- Trastorno mental y del comportamiento debido a dependencia por uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas. (**F19.2**)

- Trastorno específico de la personalidad antisocial (**F60.2**) con rasgos de personalidad narcisista (**F60.8**) y depresión.

VIII. Pronóstico.

Desfavorable: El paciente presenta conciencia de enfermedad pero no posee estrategias de afrontamiento adecuadas, el número de recaídas que ha sufrido avalan un pronóstico desfavorable, el nivel de adicción ha generado un nivel de dependencia orgánica que es difícil de poder manejar. El paciente no puede controlar sus impulsos y anticipa ante su próxima salida posibilidad de recaer nuevamente en drogas.

IX. Recomendaciones:

- Internamiento y seguimiento continuo. (AA/AL ANON)
- Coordinación con familia para realizar labores de seguimiento y observación continua.
- Terapia farmacológica continua.
- Terapia de reconciliación con la familia.
- Buscar cambio de influencia negativas del paciente como conductas delictivas, estafa y consumo de drogas por conductas funcionales como apoyo a otros pacientes con la misma condición de salud, consejería etc (una vez superado el problema)

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS GENERALES

- Nombres y Apellidos: A. A. C. P.
- Edad: 55 años
- Fecha de Nacimiento: 1/5/1963
- Lugar de Nacimiento: Islay
- Grado de Instrucción: Secundario completo
- Estado Civil: Casado
- Procedencia: Islay
- Ocupación: Lectura de cartas
- Religión: Católica
- Referente: No consignado
- Informantes: No consignado
- Lugar de Evaluación: Centro de Salud
- Fechas de Evaluación: 07/11/2018 – 08-11-2018
- Examinador (a): Lizeth Narda Medina Yto

II. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

- Trastorno mental y del comportamiento debido a dependencia por uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas. (F19.2)

III. OBJETIVO GENERAL

Lograr el cese definitivo del consumo de sustancias en el paciente.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enlace en terapia individual y grupal (AA/ AL ANON) evitar recaídas mediante asesoramiento y seguimiento especializado
- Aumentar la autoestima e independencia.
- Entrenamiento en estrategias de afrontamiento.
- Entrenamiento en habilidades sociales y estilos de comunicación.
- Resolver problemas de sensación de vacío y dolor. (Terapia silla vacia)
- Disminuir las conductas que interfieren con la vida y la terapia.

V. MODALIDAD TERAPÉUTICA

Terapia Cognitiva Conductual y farmacológica.

VI. ESQUEMA DE ACTIVIDADES

Sesiones	Fase	Período	Tareas Clínicas
1	Fase I: Inicial	Dura de 1 a 14 días (depende de la sustancia) Consiste en evaluar al paciente y brindarle apoyo durante la desintoxicación, así como un seguimiento adecuado.	-Evaluación. -Estabilización. -Retener al paciente en tratamiento. -Potenciar motivación.
2			
3			
4	Fase II: Intermedia	Primeros 6 meses de abstinencia. Se entrena en técnicas de autocontrol de Impulsos, reforzamiento de conductas saludables y se brinda supervisión y seguimiento a nivel familiar, como supervisión y grupos de apoyo.	-Continuar evaluación. -Reducir riesgo de recaída. -Mantener motivación. -Apoyar función del "yo". -Mejorar autocontrol
5			
6			
7			
8		Fase III: Tardía	-Mantener las mismas tareas. -Seguimiento a largo plazo vital. -Crecimiento personal o psicoterapia. -Testimonio de vida.
9			
10			

VII. DESARROLLO DE PLAN PSICOTERAPÉUTICO

- **Programas de acompañamiento y grupos de apoyo (AA Y AL-ANON)**

Promoción de la salud asociada a la disminución de factores de riesgo e incrementar factores de prevención de recaídas y recuperación de la salud.

Los programas de pares promueven la influencia positiva en base de enseñanzas y experiencias; la familia es una parte elemental en la historia del uso y abuso de sustancias, así como en su detección, orientación, rehabilitación y permanencia en periodos de abstinencia por lo tanto vamos a enfocarnos en ambos factores para poder tener una recuperación integral

- **Apoyo emocional, empatía y encuadre (Autoestima y autoconcepto)**

Empatía es el término comúnmente usado para describir el proceso mediante el cual una persona puede ponerse en el lugar de la otra y comprender, por lo tanto, sus sentimientos ante una situación determinada. No basta con comprender, sino es necesario comunicar dicha comprensión. En el caso del paciente con problemas de abuso de sustancias hay que favorecer la aproximación a su dignidad y el encuentro con la confianza hacia las demás personas, evitando juzgarlo y reforzando sus características positivas.

- **Expresión de sentimientos y emociones (Entrenamiento en habilidades sociales y estilos de comunicación)**

En este punto es necesario permitir que el paciente exprese los sentimientos guardados o las experiencias vividas durante la etapa de consumo. Evaluar las actitudes hostiles o el grado de problemas causados hacia sus seres queridos o

cercanos. Se buscará que el paciente exprese cualquier inquietud relacionado con este tema

- **Tristeza (Evitar recaídas mediante asesoramiento y seguimiento especializado)**

Ante amenaza de recaídas o conciencia de las acciones cometidas, los pacientes diagnosticados por consumo de sustancias, tienden a recordar eventos pasados, o comprender la situación de disfunción del presente en sus vidas, lo que podría generar una sensación de abatimiento o vacío. Para ello el atender estas problemáticas es necesario tomando en cuenta el camino largo dirigido hacia la recuperación.

- **Enojo (Entrenamiento en estrategias de afrontamiento)**

En caso de familias disfuncionales, problemas y conflictos a nivel familiar y personal, muchas veces se guarda rencor por figuras específicas en la vida del paciente. Para ello el manejar el enojo y el resentimiento es necesario para reducir la posibilidad de recaídas y el fomentar el perdón y reconciliación con el pasado o el presente del paciente (Terapia silla vacia)

- **Culpa (Evitar recaídas mediante asesoramiento y seguimiento especializado)**

Al tener mayor conciencia de la enfermedad, los pacientes identifican los problemas causados o el daño hecho a sus familias o seres queridos. Brindar un espacio para expresar estos sentimientos ayudara al paciente a manejar

estos sentimientos. Así mismo el corregir ideas distorsionadas en el paciente lo ayudara a tener una visión más exacta de la situación.

- **Baja autoestima y auto concepto. (Autoestima y autoconcepto)**

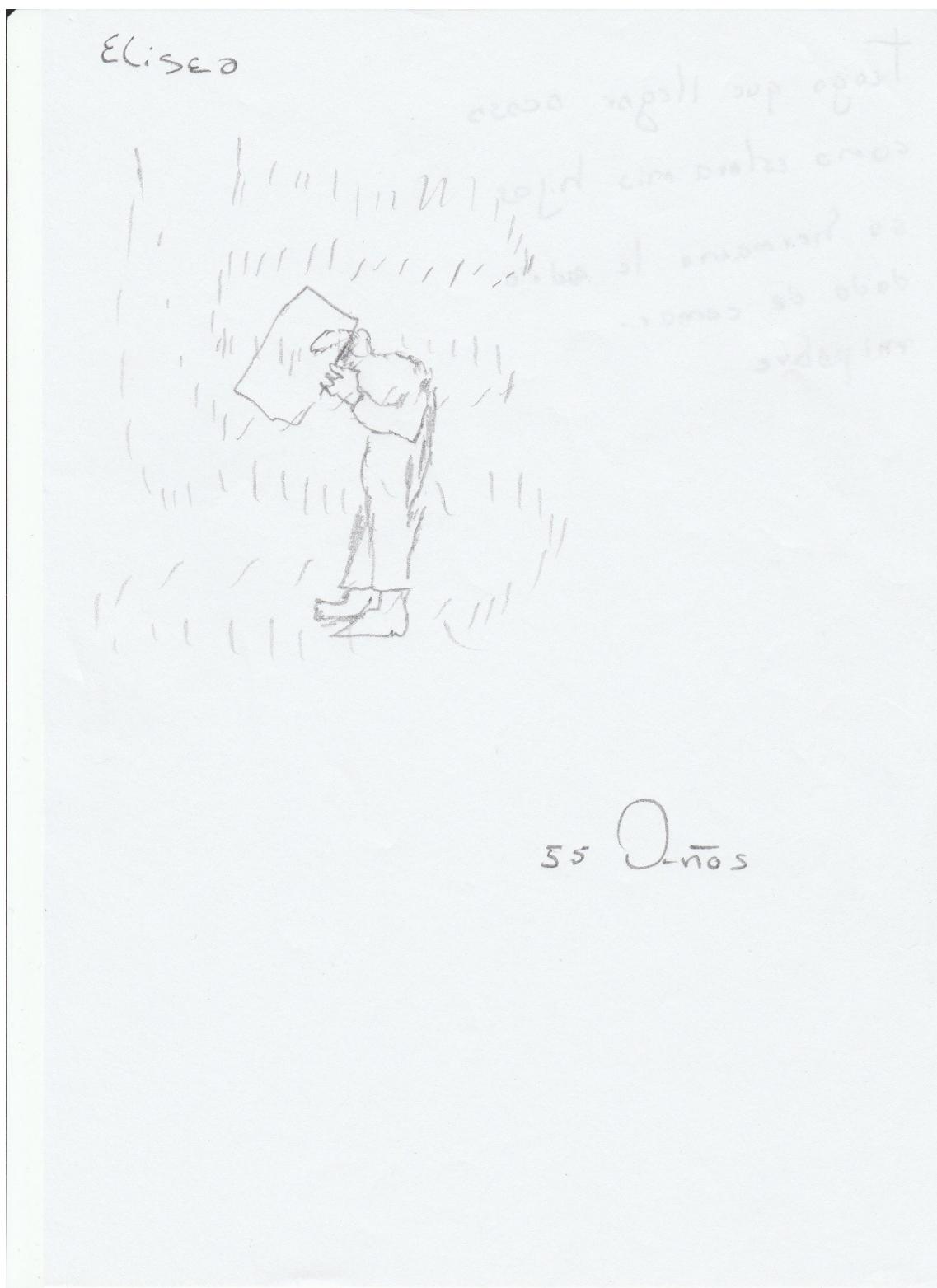
Se debe reforzar el autoconcepto y autoestima del paciente. En este punto de su recuperación la estigmatización social y el poco auto respeto en paciente consumidor deben ser manejadas con cuidado y profundidad, permitiendo al paciente construir un carácter y personalidad con mayor plenitud que le permita enfrentar los problemas a futuro que experimentará, priorizando el respeto a su cuerpo y persona sobre cualquier conducta disfuncional como el consumo de drogas.

- **Plan de vida (Entrenamiento en estrategias de afrontamiento)**

La Fijación de metas a corto y mediano plazo, fomentará un viraje y descubrimiento de un sentido de vida en el paciente diagnosticado por abuso de consumo de sustancias. En este punto crucial del plan terapéutico, lograremos ampliar el panorama de vida del paciente, alentándolo a enfocarse en objetivos metas que lo motivarán a cumplir con su distanciamiento a las drogas y mantenerlo enfocado en su recuperación y mejora.

Bachiller en Psicología

ANEXOS CASO CLÍNICO 2

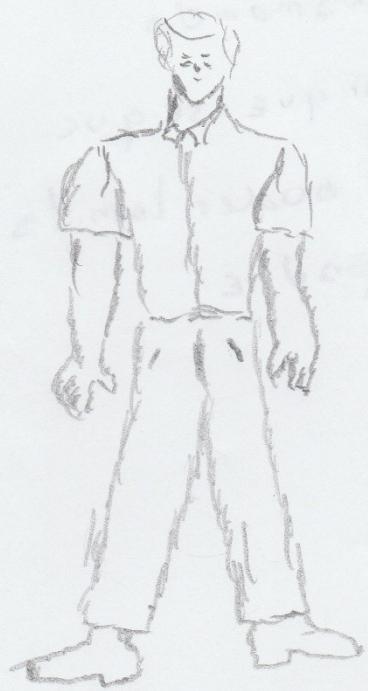


Tengo que llegar acá
como estorba mis hijos
so hermano le adra
dado de comer.
mi madre

632.03

632.02

Eliseo



55 Años

O/A. ME DUECE VEN.

OZU-23

MÍRAS DOWNTÉS AS CAÍDO.

ENCANTASTE UNAMONDA

VE PERSONE PORQUE SE QUÉ

TU Y YA MOS UNA BOCAL LAMITAJ
SLO UVA... MI PADRE

Section VII. Responses to the TONI-2 Form A

7 yrs. >	1.	1	2	3	4	5	6		29.	1	2	3	4	5	6
	2.	1	2	3	4	5	6		30.	1	2	3	4	5	6
	3.	1	2	3	4	5	6		31.	1	2	3	4	5	6
	4.	1	2	3	4	5	6		32.	1	2	3	4	5	6
8 yrs. >	5.	1	2	3	4	5	6		33.	1	2	3	4	5	6
	6.	1	2	3	4	5	6		34.	1	2	3	4	5	6
	7.	1	2	3	4	5	6		35.	1	2	3	4	5	6
	8.	1	2	3	4	5	6		36.	1	2	3	4	5	6
	9.	1	2	3	4	5	6		37.	1	2	3	4	5	6
2 yrs. >	10.	1	2	3	4	5	6		38.	1	2	3	4	5	6
	11.	1	2	3	4	5	6		39.	1	2	3	4	5	6
	12.	1	2	3	4	5	6		40.	1	2	3	4		
	13.	1	2	3	4	5	6		41.	1	2	3	4		
	14.	1	2	3	4	5	6		42.	1	2	3	4	5	6
7 yrs. >	15.	1	2	3	4				43.	1	2	3	4	5	6
	16.	1	2	3	4	5	6		44.	1	2	3	4	5	6
	17.	1	2	3	4	5	6		45.	1	2	3	4		
	18.	1	2	3	4	5	6		46.	1	2	3	4	5	6
	19.	1	2	3	4				47.	1	2	3	4		
0 yrs. >	20.	1	2	3	4	5	6		48.	1	2	3	4	5	6
	21.	1	2	3	4	5	6		49.	1	2	3	4	5	6
	22.	1	2	3	4	5	6		50.	1	2	3	4	5	6
	23.	1	2	3	4	5	6		51.	1	2	3	4	5	6
	24.	1	2	3	4	5	6		52.	1	2	3	4	5	6
- yrs. 0	25.	1	2	3	4	5	6		53.	1	2	3	4	5	6
	26.	1	2	3	4				54.	1	2	3	4	5	6
	27.	1	2	3	4	5	6		55.	1	2	3	4	5	6
	28.	1	2	3	4										

116

HOJA DE RESPUESTAS - MILLON-II

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____
 Fecha de Evaluación: _____ Ocupación: _____
 Grado de Instrucción: _____ Evaluador: _____

MARQUE CON ASPA LA RESPUESTA (V = VERDADERO; F = FALSO)
 QUE MEJOR LE DESCRIBA A UD. Y A SU MANERA DE SER

1	V F	26	V F	51	V F	76	V F	101	V F	126	V F	151
2	X	27	X	52	X	77	X	102	X	127	X	152
3	X	28	X	53	X	78	X	103	X	128	X	153
4	X	29	X	54	X	79	X	104	X	129	X	154
5	X	30	X	55	X	80	X	105	X	130	X	155
6	X	31	X	56	X	81	X	106	X	131	X	156
7	X	32	X	57	X	82	X	107	X	132	X	157
8	X	33	X	58	X	83	X	108	X	133	X	158
9	X	34	X	59	X	84	X	109	X	134	X	159
10	X	35	X	60	X	85	X	110	X	135	X	160
11	X	36	X	61	X	86	X	111	X	136	X	161
12		37	X	62	X	87	X	112	X	137	X	162
13	X	38	X	63	X	88	X	113	X	138	X	163
14	X	39	X	64	X	89	X	114	X	139	X	164
15	X	40	X	65	X	90	X	115	X	140	X	165
16	X	41	X	66	X	91	X	116	X	141	X	166
17	X	42	X	67	X	92	X	117	X	142	X	167
18	X	43	X	68	X	93	X	118	X	143	X	168
19	X	44	X	69	X	94	X	119	X	144	X	169
20	X	45	X	70	X	95	X	120	X	145	X	170
21	X	46	X	71	X	96	X	121	X	146	X	171
22	X	47	X	72	X	97	X	122	X	147	X	172
23	X	48	X	73	X	98	X	123	X	148	X	173
24	X	49	X	74	X	99	X	124	X	149	X	174
25		50	X	75	X	100	X	125	X	150	X	175