

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



**VIOLENCIA FILIO-PARENTAL EN ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES**  
**EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE CERRO COLORADO- AREQUIPA**

**Tesis presentada por los bachilleres:**

**GOMEZ GOMEZ, EBER ROGELIO**

**QUISPE LAZARO, LIZBETH CAROLINA**

**Para optar el título profesional de**  
**PSICÓLOGOS**

**ASESOR: DR. ADALBERTO ASCUÑA**  
**RIVERA**

**Arequipa-Perú**

**2019**

## DEDICATORIA

*A mis padres, por ser piezas fundamentales durante mi formación profesional, a mis hermanos, a toda mi familia y allegados que confiaron en mí y me brindaron su estima.*

***Eber Rogelio Gomez Gomez***

*A mi madre, abuelos y hermanos por ser mi principal fuente de motivación y de lucha constante, sin ellos hubiera sido difícil mi camino.*

*A mi compañero de vida, por motivarme y apoyarme desde que decidimos ser uno.*

***Lizbeth Carolina Quispe Lazaro***

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por darnos la fortaleza para culminar esta investigación valiosa para nuestra formación profesional.

A todos los estudiantes que colaboraron activamente, siendo pieza fundamental de la investigación, como también a los directores de las Instituciones Educativas que nos abrieron las puertas y confiaron en nuestro trabajo.

A nuestro asesor, por guiarnos con su experiencia y conocimiento, brindándonos su tiempo en este proceso y a todos los demás profesionales que nos apoyaron con su aporte bibliográfico, que fue de mucha importancia para poder comprender nuestro tema investigativo.

## **PRESENTACIÓN**

**Señor Rector de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.**

**Señor Decano de la Facultad de Psicología, Relaciones industriales y Ciencias de la Comunicación.**

**Señor Director de la Escuela Profesional de Psicología.**

**Señores miembros del jurado.**

Cumpliendo con las normas y lineamientos del reglamento de grados y títulos profesionales de la Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, presentamos a vuestra consideración la tesis titulada ***VIOLENCIA FILIO-PARENTAL EN ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE CERRO COLORADO-AREQUIPA***, trabajo que, al ser evaluado y aprobado, nos permitirá optar el título profesional de Psicólogos.

Arequipa, octubre de 2019

**Bachilleres:**

**GOMEZ GOMEZ, EBER ROGELIO**

**QUISPE LAZARO, LIZBETH CAROLINA**

## RESUMEN

El estudio de la Violencia filio-parental requiere principal atención, por su crucial influencia en el bienestar general de la familia. Por tal motivo, el objetivo del presente estudio fue determinar las diferencias en la prevalencia de la violencia filio-parental, según las características sociodemográficas de los adolescentes de dos Instituciones Educativas del distrito de Cerro Colorado-Arequipa. La muestra fue de diseño no probabilístico, la cual estuvo compuesta por 243 adolescentes entre las edades de 11 a 17 años, de ambos sexos. Se utilizó el Cuestionario de violencia filio-parental creado por Calvete, Gámez-Guadix et al. 2013 y una ficha sociodemográfica, creado con fines únicos del presente estudio.

Los resultados muestran que la violencia filio-parental hacia ambos progenitores oscila entre un nivel medio, siendo la física de nivel bajo. En cuanto a características sociodemográficas se apreció que las madres con estilos educativos permisivos o negligentes, son mayormente víctimas de violencia por parte de sus hijos; mientras que, en los padres, no se encontró diferencias estadísticamente significativas. De igual manera, en relación al sexo y edad del agresor, así como a la estructura familiar según el tipo de violencia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**PALABRAS CLAVES:** Violencia filio-parental, estilos educativos, estructura familiar.

## **ABSTRACT**

The study of Child-to-parent violence requires primary attention, because of its crucial influence on the general welfare of the family. For this reason, the objective of the present investigation was to determine the differences in the prevalence of Child-to-parent violence according to the sociodemographic characteristics of the adolescents of two Educational Institutions of the district of Cerro Colorado-Arequipa. The sample was of non-probabilistic design, which was composed of 243 adolescents between the ages of 11 to 17 years, of both sexes. Where the variables were investigated through the Questionnaire of Child-to-parent violence and a Sociodemographic Questionnaire, created for the sole purposes of the present study.

The results show that the Child-to-parent violence towards both parents ranges between a medium level, the physics being low. Regarding sociodemographic characteristics, it was appreciated that mothers with permissive or negligent educational styles are mostly victims of violence by their children; while, in the parents, no statistically significant differences were found. Similarly, in relation to the sex and age of the aggressor, as well as the family structure according to the type of violence, no statistically significant differences were found.

**KEY WORDS:** Child-to-parent violence, Educational styles, family structur

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTOS .....	ii
PRESENTACIÓN.....	iii
RESUMEN .....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN .....	vi

### CAPÍTULO I

#### LA INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
2. OBJETIVOS .....	5
3. HIPÓTESIS.....	6
4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO .....	6
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	8
6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	8
7. VARIABLES E INDICADORES.....	9

### CAPÍTULO II

#### REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. ANTECEDENTES:.....	11
2. BASES TEÓRICAS.....	15
A. EL FENÓMENO DE LA VIOLENCIA.....	15
a. Concepción general de la violencia .....	16
b. Agresividad y violencia.....	16
B. CLASIFICACIONES DE LA VIOLENCIA.....	17
C. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	17
a. Características generales de la violencia intrafamiliar .....	19
D. TIPOS DE VIOLENCIA EN LA FAMILIA SEGÚN LOS MIEMBROS IMPLICADOS.....	19
a. Violencia de género.....	19
b. Violencia sobre las personas mayores.....	20

c. Violencia de la mujer sobre el hombre .....	20
d. Violencia infantil.....	21
e. Violencia de los menores hacia sus padres .....	21
E. FACTORES EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR .....	21
F. LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL.....	23
a. Tipos de violencia filio-parental: .....	25
b. Consecuencias psicológicas en los progenitores.....	26
G. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL .....	27
H. FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL: .....	30
I. FACTORES ASOCIADOS AL MANTENIMIENTO DE LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL .....	38
J. FACTORES DE PROTECCIÓN DE LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL .....	39
K. INTERVENCIÓN EN LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL .....	41

### **CAPÍTULO III**

#### **METODOLOGÍA**

1. TIPO, MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	43
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	44
3. INSTRUMENTOS .....	45
4. PROCEDIMIENTOS .....	47

### **CAPÍTULO IV**

#### **RESULTADOS**

1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS .....	48
DISCUSIÓN .....	55
CONCLUSIONES .....	59
SUGERENCIAS .....	60
REFERENCIAS .....	61
ANEXOS.....	72



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	
Factores de protección de la violencia filio-parental .....	41
Tabla 2.	
Distribución de la muestra según sexo.....	44
Tabla 3.	
Distribución de la muestra según rango de edad. ....	44
Tabla 4.	
Niveles de violencia filio-parental .....	49
Tabla 5.	
Índices de la violencia filio-parental según sexo del agresor .....	50
Tabla 6.	
Índices de la violencia filio-parental, según rango de edad .....	51
Tabla 7.	
Índice de violencia filio-parental, según estructura familiar. ....	52
Tabla 8.	
Índices de violencia filio-parental, según estilo educativo del padre. ....	53
Tabla 9.	
Índices de violencia filio-parental, según estilo educativo de la madre. ....	54

## INTRODUCCIÓN

El término de violencia es bastante conocido entre la población, genera conmoción y puntos de vista de diferente índole, ya que posee una marcada influencia cultural. En la presente investigación no se pretende hacer un análisis minucioso de dicho fenómeno; en cambio, trata de dar a conocer su manifestación en un ámbito familiar, no enfocándose en sus víctimas, ni agresores tradicionalmente conocidos, sino en el papel del hijo como agresor y del padre como víctima; es decir, de la violencia filio-parental.

Es bajo ese nombre que se conoce a la violencia cometida por hijos menores hacia sus progenitores, llevando consigo otras denominaciones como violencia ascendente, el hijo maltratador o síndrome del emperador. La violencia filio-parental no es un fenómeno nuevo, tiene su existencia desde hace décadas atrás, pero difícilmente se sabía de él y era asociada a alguna psicopatología en el hijo agresor. Actualmente, la violencia filio-parental es ejercida por hijos aparentemente normales, sin ninguna psicopatología, en un ámbito familiar que pese a ser el núcleo básico de convivencia en el que sus integrantes deberían sentirse queridos y protegidos, se ha convertido en uno de los lugares más peligrosos para el desarrollo de la violencia.

En los últimos años, esta problemática ha generado preocupación de los profesionales, principalmente en España, país que cuenta con la más antigua data informativa de violencia filio-parental, como son las investigaciones de Carrasco, García y Zaldívar (2018), Calvete y Orue (2016) entre otros, y en el Perú las investigaciones realizadas por Villar (2018) y Lenti y Rodríguez (2012). Cada investigador con su propia metodología intenta aproximarse al entendimiento y caracterización de la violencia filio-parental; pero en la práctica, “la totalidad de las investigaciones coinciden en afirmar, que conocer su frecuencia es harto complicado, debido a factores metodológicos y culturales que condicionan la estimación fiable de su

extensión” (Aroca et al. 2014; Estévez y Navarro, 2009; Ulman y Straus, 2003; en Martínez, Estévez, Jiménez y Velilla 2015, p.217).

Por otro lado, este tipo de violencia, puede ser una consecuencia más de las distintas formas en que los individuos actúan, sobre todo de sociedades donde impera el individualismo, el consumismo y el uso inadecuado de la tecnología, obviando muchas veces aspectos importantes relacionados con el bienestar familiar; en fin, muchos factores, que no nos ayudan a vivir en armonía.

Es así, que el presente trabajo se realizó en dos Instituciones Educativas secundarias del distrito de Cerro Colorado, buscando conocer el desarrollo de la Violencia filio-parental y poder así, determinar su prevalencia y niveles de dicho problema; además de caracterizarla según sexo, edad del agresor, estilo de crianza y estructura familiar. De esta manera, consta de los siguientes capítulos:

En el Capítulo I, se presenta el planteamiento del estudio, en él se abordan los aspectos, relacionados al planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, importancia del estudio, limitaciones del estudio, definición de términos y variables.

En el Capítulo II, se abordan los aspectos teóricos relacionados a la violencia filio-parental. Se trata principalmente de la violencia en general, su definición y clasificación, aspectos relacionados a la violencia intrafamiliar, y por último se fundamenta a la violencia filio-parental, su definición, factores explicativos y prevención.

En el Capítulo III, se aborda el marco metodológico, en él se desarrollan el tipo y diseño de la investigación, sujetos, materiales e instrumentos y el procedimiento que se siguió durante la investigación.

En el Capítulo IV, se exponen los resultados en tablas, con su respectiva interpretación cualitativa y finalmente se presenta la discusión, conclusiones y recomendaciones de esta Tesis.

## **CAPÍTULO I**

### **LA INVESTIGACIÓN**

#### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En diferentes contextos socioculturales se ha vuelto cotidiano hablar de violencia. Cada individuo en algún momento de su vida, ha estado involucrado con actos violentos, la ha vivenciado indirectamente en su entorno social más próximo o a través de algún medio de comunicación. Siendo este último, la principal vía de información de esta era tecnológica y globalizada; medio por el cual, podemos enterarnos de acontecimientos actuales; los que, a su vez, transmiten imágenes y descripciones de sucesos no alentadores sobre la violencia en sus diferentes manifestaciones. En tal sentido, La Organización Mundial de la Salud (OMS) (citada en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2002) define la violencia, entendiéndose como el uso intencional de la fuerza o el poder ya sea como amenaza o de hecho que tenga la probabilidad de causar daño y en consecuencia más de 1.6 millones de personas mueren violentamente cada año en todo el mundo (OPS, 2002).

Por consiguiente, no existe sociedad que esté ajena a este fenómeno, en cada una varía su modo de percibirla; ya que, forma parte de la idiosincrasia de cada persona como también de las normas socioculturales establecidas, que pueden normalizar o sancionar algunas acciones.

Dentro de este complejo mundo de violencia se ha observado que la familia es uno de los escenarios de mayor registro de agresiones, que en ciertas ocasiones protagoniza desenlaces fatales entre sus miembros; por tanto, se hace mención a la violencia intrafamiliar, la cual es perpetuada por sus propios integrantes. Abarcando una “violencia tanto entre la pareja como entre generaciones (de padres a hijos y de hijos a padres)” (Agustina, et al., 2010, p.27).

En el Perú, esta se manifiesta a lo largo y ancho del territorio y no discrimina al rico o al pobre, el sexo, la edad o la condición que se tenga. En tal sentido, la Fiscalía Superior De Familia (citada en Radio Programas del Perú, 2015) indica que, entre los periodos del 2009 y el 2015 se registraron 851 mil 370 casos de violencia familiar, siendo Lima el departamento del país con más casos, seguido a este, la ciudad de Arequipa con más de 88 mil casos.

En el contexto familiar existen diferentes tipos de agresores; sin embargo, el presente estudio se enfoca en la figura del hijo como agresor y los padres como las víctimas, nos referimos a la Violencia Filio-Parental (VFP), entendiéndose como aquella violencia física y psicológica ejercida por el hijo/a en la que este/a actúa intencional y repetidamente con el fin de causar daño a sus progenitores (Aroca, 2010). Estas conductas pueden ir como lo afirma Pereira (2011) desde golpes, empujones, amenazas, chantajes y hasta el robo de dinero; es ejercida por niños, adolescentes o jóvenes que en aparente estado “normal” no muestran signos de alguna patología grave. Por otro lado, las investigaciones en VFP muestran que los hijos varones tienden a cometer más agresiones físicas; mientras que, las

mujeres tienen mayor probabilidad de ejercer maltrato psicológico. Respecto a la edad de los hijos, el periodo de mayor vulnerabilidad para la aparición VFP es la adolescencia. Siendo la edad de inicio los 11 años (Pérez y Pereira, 2006) y según Moreno (2005) se da un mayor registro de esta entre los 15 y los 17 años.

De acuerdo a la estructura familiar y al sexo del progenitor, estas agresiones suelen ocurrir en familias monoparentales o reconstituidas debido a la falta de una figura que ejerza autoridad, afectando principalmente a las madres, ya que sufren un mayor número de agresiones, además por ser consideradas como las más frágiles y vulnerables (Pérez et al., 2006).

Tradicionalmente la VFP, era asociada a un estilo educativo autoritario, en el que se ejercía un fuerte control sobre los hijos, incluso se realizaba castigos físicos en el cuerpo como los conocidos chicotazos; sin embargo, actualmente la VFP está asociada a un estilo de crianza permisivo, en el que no se establecen los límites, pues la presencia y el cumplimiento de normas brillan por su ausencia (Calvete, Orue y Sampedro, 2011). Estos extremos en la crianza de los hijos, no ayudan a generar adecuados vínculos familiares, siendo necesario generar una integración y equilibrio entre estas, encontrando la más acorde a la realidad de cada familia. También, Ibabe y Jaureguizar (2011) han encontrado que, a mayor presencia de castigos físicos de padres a hijos; es decir, de una constante exposición a la violencia, existe una mayor manifestación de conductas violentas de estos hacia sus padres, debido al aprendizaje por modelación de la violencia.

El posible incremento de la VFP se debería a diferentes factores como: al reducido número de hijos, convirtiéndose en reyes que hay que cuidar y mimar; alteración del ciclo vital familiar tradicional, generando padres añosos que difícilmente tienen la energía necesaria para mantener los límites, cambios en el rol laboral puesto que la madre también

trabaja, perjudicando el contacto con los hijos, los cuales originan un deterioro en el núcleo de la sociedad, creando miedo y sentido de frustración en los padres.

Identificarla puede resultar difícil, por lo que Pereira y Bertino (2009) sostienen que los propios familiares la niegan ante el temor de la vergüenza o el estigma social; suelen permitir y aguantar el abuso por parte de sus hijos en vez de buscar una solución, al transcurrir los días, los padres aprenden a convivir con sus verdugos para evitar la confrontación, llegando a normalizar la situación conflictiva.

En España, los datos de Las Memorias De La Fiscalía General Del Estado (citado en Pereira, 2017) refiere que, en los años 2012, 2013, 2014 y 2015 se registraron 4936, 4659, 4753 y 4898 denuncias de padres agredidos por sus hijos respectivamente, estas cifras reflejan un hecho en el que la mayor parte de autores coinciden: los casos de VFP se incrementan con el tiempo. No solo en este país europeo, sino también en Brasil existe una alarma social por el aumento de casos de VFP (Nogueira; citado en Pereira, 2017).

En el Perú, el Comité Estadístico Interinstitucional de la Criminalidad, de acuerdo al Registro Nacional de Delitos en las Dependencias Policiales, (citado en Villar, 2018) indicó que, “en los años 2011, 2012, 2013 y 2014, se registraron 10, 28, 10 y 38 muertes respectivamente, en las cuales los hijos fueron los homicidas” (p.12).

De tal manera, se han suscitado algunos casos de parricidio, término que no se incluye dentro de la VFP, por ser considerado como un hecho violento físico que provoca la muerte, pero que puede ser entendida como un posible desenlace a previos hechos de violencia física o psicológica.

Este es el caso de Vylma Niño de Guzmán que murió asesinada por su hija de 14 años en complicidad con su enamorado (Peru21, 2014). Otro caso sucedió en Piura el 2018, donde Blanca Celi Hidalgo murió asesinada por su hija de 15 años tras una discusión acalorada. (Perú21, 2018). En Arequipa, en el año 2017, Kevin Cana de 18 años asesinó a su padre a

sangre fría. Según declaraciones de este, asesinó a su padre debido al odio que le guardaba por los constantes maltratos hacia él y a su madre; sin embargo, la familia del asesinado asegura que sus declaraciones son falsas y afirman que el asesino quería el dinero del minero (Trome, 2018). Por último, Mercedes de 42 años, logró separarse de su agresor quien la sumió en un mundo de dolor y sufrimiento; no obstante, vive una nueva pesadilla, su hijo mayor de 16 años la insulta, le da patadas y puñetes, cada vez que lo corrige cuando se porta mal (Correo, 2015).

Es por ello, que mediante la presente investigación se busca conocer esta problemática en las Instituciones Educativas seleccionadas de Cerro Colorado, debido a que es considerado como el distrito con mayores índices de violencia familiar en Arequipa (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2019) y así aproximarnos al conocimiento de la prevalencia de la VFP; es decir, registrar los niveles de la VFP y caracterizarla según sexo y edad del agresor, estructura familiar y estilo de crianza. Por lo anteriormente expuesto, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles serán las diferencias en la prevalencia de la violencia filio-parental según las características sociodemográficas de edad, sexo, estructura familiar y estilos educativos en los adolescentes de dos Instituciones Educativas del distrito de Cerro Colorado-Arequipa?

## **2. OBJETIVOS**

### **A. General**

Determinar las diferencias en la prevalencia de la violencia filio-parental según las características sociodemográficas de los adolescentes de dos Instituciones Educativas del distrito de Cerro Colorado de Arequipa.



## **B. Específicos**

- a.** Describir los niveles de violencia filio-parental física y psicológica en adolescentes de dos Instituciones Educativas del distrito de Cerro Colorado -Arequipa, según el sexo del progenitor.
- b.** Identificar las diferencias del sexo y el rango de edad con mayor incidencia de violencia filio-parental según su tipología, en los adolescentes de dos Instituciones Educativas del distrito de Cerro Colorado-Arequipa.
- c.** Conocer las diferencias del tipo de estructura familiar y estilos educativos predominantes según tipo de violencia filio-parental, en los adolescentes de dos Instituciones Educativas del distrito de Cerro Colorado –Arequipa.

## **3. HIPÓTESIS**

**H1:** Existen diferencias en la prevalencia de la violencia filio-parental según las características sociodemográficas de sexo, edad, estructura familiar y estilos educativos de los adolescentes de dos Instituciones Educativas del distrito de Cerro Colorado de Arequipa.

## **4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO**

Según el informe del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MMPV] (2019) a través de su Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual, entre los meses de enero y abril, se han registrado en los Centros de Emergencia Mujer de todo el Perú alrededor de 56 271 casos de violencia y en la ciudad de Arequipa un promedio de 4 962 casos, en contra de los integrantes del grupo familiar, las mujeres y violencia sexual.

Es debido a estas cifras, que cada vez se vuelve más alarmante el incremento de los casos de violencia en el Perú y más aún, dentro del núcleo de la sociedad que debiera ser un lugar seguro para todos sus miembros, a pesar de las acciones del gobierno a través de sus Ministerios y programas sociales.

Es importante resaltar que en los informes estadísticos del MMPV, se esquematiza y caracteriza las cifras y porcentajes de las personas agredidas; según tipo de violencia recibida, edad, sexo, entre otros caracteres; sin embargo, la información de los agresores es limitada, estando enfocada principalmente en la violencia hacia la mujer, hacia los infantes o hacia los adultos mayores; es decir, existe un vacío informativo sobre otro tipo de violencia intrafamiliar que vendría a ser la violencia filio-parental, referida a aquellas agresiones de hijos menores hacia sus padres.

Por esta razón, aparentemente la violencia filio-parental es una problemática que se acrecienta de manera imperceptible en las familias; concibiéndola como situaciones normales o actitudes naturales que forman parte de la adolescencia y que pasarán con el tiempo; en consecuencia, no se han registrado denuncias de padres hacia sus hijos en nuestro contexto, a diferencia de España, donde los casos e investigaciones se encuentran en auge; por ende, desarrollan teorías que explican la VFP caracterizando a los agresores y víctimas.

Por ello, mediante la presente investigación se busca conocer esta problemática en las Instituciones Educativas seleccionadas del distrito de Cerro Colorado de Arequipa, siguiendo los estudios de Calvete y Orue en el año 2016 en España, Álvarez, Sepúlveda y Espinoza en el 2016, en Chile y en Perú las realizadas por Lenti Cánepa y Rodríguez Becerra en el 2012 y de Villar Alanoca en el año 2018 en la ciudad de Lima. No existiendo referencias investigativas sobre el denominado tercer tipo de violencia intrafamiliar en la ciudad de Arequipa, por ello surge la necesidad de cimentar los fundamentos necesarios para una mejor comprensión de este fenómeno social.

Pretendiendo hacer visible esta problemática, tanto a la ciudadanía, autoridades y principalmente a las Instituciones Educativas, que son lugares por excelencia donde los adolescentes pasan tiempo importante de sus vidas, en el que se relacionan, comparten

experiencias y adquieren conductas de sus semejantes, que pueden ser o no beneficiosas para la consolidación de su personalidad. Considerando además, que es una entidad en el que muchos padres confían la formación integral de sus menores.

Es por esta razón, que recae en los docentes, psicólogos y demás profesionales, el deber de realizar seguimientos a los estudiantes, observar su conducta, mantener constante comunicación con los padres y así detectar conductas violentas, promoviendo así, un trabajo multidisciplinario con aportes desde diferentes enfoques. En consecuencia, implementar programas de promoción y prevención de la VFP, con el fin de mejorar el funcionamiento familiar y desempeño educativo; además de, promover el rechazo de los actos agresivos cometidos por los adolescentes dentro del hogar y su intervención desde edades tempranas, ya que muchos de los hechos violentos como son la violencia conyugal, feminicidios o parricidios tuvieron sus antecedentes en la infancia o adolescencia, los cuales no recibieron una oportuna intervención.

Por último, el presente estudio se convierte en una oportunidad para consolidar bases científicas en pro de futuras investigaciones e identificar nuevas brechas en la literatura, que permitan conocer mejor la naturaleza de la violencia filio-parental.

## **5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Dentro de las limitaciones, se encuentran el escaso registro de material bibliográfico a nivel local y nacional, no contando con investigaciones que antecedan las variables estudiadas como tal, limitando así, el alcance de su análisis.

## **6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

### **A. Violencia filio-parental**

La violencia filio parental sería por tanto aquella a través de la cual el menor exhibe conductas de maltrato contra sus progenitores (o quienes ejerzan su función), consciente e intencionalmente, a lo largo del tiempo y de forma reiterada, causándoles sufrimiento

y/o daño independientemente de que su víctima sea consciente de ello, utilizando la violencia psico-emocional, física y/o económica con el fin de obtener el control, el dominio y el poder sobre su víctima para conseguir lo que desea, en detrimento de la autoridad, autoestima y cometido educativo de su progenitor/es. (Aroca y Molla, 2017)

### **B. Estilos educativos**

Se entiende por “estilo educativo” al conjunto de pautas y prácticas de crianza, con el objetivo de socializar y educar a los hijos, donde interactúan rasgos de personalidad, experiencias previas y características personales, y que se contextualizan en un sistema intra, meso y macrofamiliar inmerso, a su vez, en un marco transcultural e histórico determinados (Aroca et al., 2012).

### **C. Estructura familiar**

La estructura familiar es el conjunto de las interacciones y relaciones entre los componentes de un sistema que generan un determinado modo de organización del que derivan reglas, límites, jerarquías, roles y procesos (Minuchin, 1986; Satir, 1978; Simón et al., 1984)

## **7. VARIABLES E INDICADORES**

A. Violencia filio-parental

B. Factores sociodemográficos:

- a. Edad
- b. Sexo
- c. Estructura familiar
- d. Estilos educativos

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES	INDICES
Violencia filio- parental	Violencia física	Empujones	(0) Nunca	Baja  Moderada  Alta
		Golpes	(1) Rara vez	
		Patadas	(2) A veces	
	Violencia psicología		(3) Con frecuencia	
		Gritos	(0) Nunca (1) Rara vez (2) A veces (3) Con frecuencia	Baja  Moderada  Alta
		Amenazas		
		Insultos		
		Robos		
		Sentimientos negativos		
Factores sociodemo- gráfico	Edad	11-17	-	-
	Sexo	Femenino	-	-
		Masculino		
	Estructura familiar	Familia nuclear	-	-
		Familia extensa		
		Familia monoparental		
		Otros tipos de familia		
	Estilo educativo	Autoritario	-	-
		Democrático		
		Negligente		
		Permisivo		

## CAPÍTULO II

### REVISIÓN DE LA LITERATURA

#### 1. ANTECEDENTES:

Carrasco, García y Zaldívar (2018) realizaron el estudio *“Diferencias asociadas a la violencia filio-parental en función del tipo de familia (“normalizadas” vs “en riesgo”) y parentesco de la víctima”*. Uno de sus objetivos fue identificar hacia quién se dirige la conducta violenta (padre, madre o ambos) en familias monoparentales, nucleares y reconstituidas. Participaron 72 jóvenes entre 14 y 21 años, reclutados del Servicio Municipal de Urgencias Sociales de Bilbao, en España. Encontraron que la mujer es quien mayoritariamente recibe conductas violentas. En las familias nucleares o reconstituidas la violencia se ejerce contra ambos padres.

Calvete y Orue (2016), realizaron el estudio *“Frecuencia y razones para las agresiones contra padres y madres”*. Participaron 1274 adolescentes (654 chicos y 620 chicas, entre 14 y 18 años). Los resultados mostraron que las chicas ejercen más violencia filio-parental que los chicos y que la violencia filio-parental es más habitual hacia las madres que hacia los padres.

Álvarez. A., Sepúlveda. y Espinoza, S. (2016), en su estudio sobre la “*Prevalencia de la violencia filio-parental en adolescentes de la ciudad de Osorno*”. Se evidenció la prevalencia de la VFP en sus tres tipos, psicológica, física y económica. Un total de 182 adolescentes (71 hombres y 111 mujeres) con edades comprendidas entre los 14 y 18 años de edad de distintos niveles socioeconómicos a quienes se les aplicó un cuestionario (Calvete et al 2013) para identificar la agresión de hijos a padres que medía estos tres tipos de violencia. Los resultados de los análisis indicaron que la violencia más ejercida por parte de los adolescentes es la psicológica sobre el 90%, seguida de violencia económica sobre un 30%, la presencia de este tipo de agresión se presenta en todos los niveles socioeconómicos aunque con mayor porcentaje en el nivel socioeconómico medio.

Calvete, Gámez-Guadix y Orue (2014), realizaron el estudio “*Características familiares asociadas a violencia filio-parental en adolescentes*”. Se evaluó la asociación de estos factores con la ocurrencia de VFP física y psicológica severa. Un total de 1698 adolescentes (870 chicos y 828 chicas), con edades comprendidas entre 12 y 17 años contestaron medidas de VFP, exposición a la violencia familiar, afecto y comunicación, abandono parental y estilo permisivo de crianza. Los resultados de los análisis de regresión logística indicaron que los bajos niveles de afecto y comunicación se asociaban a todas las formas de VFP. Ser testigo de la violencia familiar se asoció a la VFP física contra padres mientras que la victimización directa familiar lo hizo con la VFP física contra madres y la VFP psicológica contra ambos progenitores. El estilo permisivo se asoció a la VFP psicológica severa, pero no a la física.

Por otro lado, Estévez, Lozano, Jiménez y Velilla (2014), en su estudio titulado “*Violencia filio-parental: tipo de violencia en función del sexo en adolescentes de educación secundaria*”, analizan la prevalencia de la violencia ejercida por chicos y chicas entre 12 y 18 años hacia el padre y hacia la madre, a nivel físico, verbal y económico. La

muestra se compone de 2.254 estudiantes. Los resultados indican que chicos y chicas ejercen más violencia hacia sus madres que hacia sus padres. Además, las chicas parecen tener mayor implicación en conductas violentas, tanto hacia el padre como hacia la madre. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la violencia económica hacia los padres, que parece ser utilizada en igual medida.

Gámez-Guadix, Jaureguizar, Almendros y Carrobles (2012) en su investigación titulada *“Estilos de socialización familiar y violencia de hijos a padres en población española”*, su primer objetivo del estudio fue analizar la prevalencia de violencia filio-parental en una muestra española. Un segundo objetivo consistió en examinar la relación entre diferentes estilos de socialización parental (democrático, autoritario, indulgente y negligente) y el riesgo de violencia filio-parental. La muestra estuvo compuesta por 1343 universitarios (74% mujeres; edad media), informaron que si habían ejercido algún tipo de abuso contra sus padres cuando eran preadolescentes. La prevalencia de abuso verbal osciló entre el 2,4% y el 69% según la conducta de abuso considerada. El porcentaje de participantes que reconoció algún tipo de abuso físico hacia sus padres fue próximo al 5%.

Respecto a los estilos parentales, el estilo negligente incrementó la probabilidad de abuso físico y verbal hacia los padres. El estilo autoritario mostró una relación significativa con el abuso verbal, aunque no con el físico. Por último, el estilo indulgente no incrementó la probabilidad de ningún tipo de abuso hacia los padres.

Los antecedentes investigativos sobre la violencia filio-parental en el Perú son de índole limitado, en el año 2018, Villar Alanoca en su estudio *“La autopercepción de la violencia filio parental en adolescentes de secundaria de una institución educativa pública y privada en el distrito de los olivos”* Tuvo como objetivo determinar si existen diferencias en la autopercepción de la violencia filio parental en adolescentes de secundaria de una institución educativa pública y privada de Los Olivos. El tipo de investigación utilizado fue el



descriptivo-comparativo y diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 315 adolescentes de secundaria de ambos sexos. Se utilizó el Cuestionario de Agresión de Hijos a Padres que presentó aceptables niveles de validez y confiabilidad. Según el análisis de la Prueba U de Mann-Whitney, se encontró que existen diferencias significativas en la autopercepción de la violencia filio parental, siendo el colegio privado en donde se presentan mayores niveles de Violencia Filio Parental-VFP. Además, se ejerce mayor nivel de violencia filio parental hacia la figura materna en un nivel moderado (50,5%). Asimismo, se señala que hay diferencia significativa en la autopercepción de la VFP Física ( $U=10052,5$ ;  $p<0.05$ ) y VFP Psicológica ( $U=7957,5$ ;  $p<0.01$ ) hacia la madre; mientras que en el padre sólo existe diferencias en la VFP Psicológica ( $U=-2,4725$ ;  $p<0.05$ ), mas no en la VFP Física ( $U=10126,5$ ;  $p>0.05$ ). Respecto a la autopercepción de la VFP según sexo, no se encontraron diferencias significativas entre los adolescentes varones o mujeres que ejerzan VFP hacia la madre ( $U=11508,5$ ;  $p>0.05$ ) ni hacia el padre ( $U=12040$ ;  $p>0.05$ ).

Por último, en el año 2012 Lenti y Rodríguez realizaron una investigación titulada *“Violencia filio parental y su dimensión estructural según sistema familiar en adolescentes, estudiantes de instituciones educativas estatales de un distrito de estrato socio económico medio bajo de Lima Metropolitana”*. Cuyo objetivo fue conocer las dimensiones estructurales familiares (límites, alineación y poder) y su relación con la violencia filio parental de adolescentes que estudian en un distrito de Lima Metropolitana, pertenecientes a un estrato socio económico Medio Bajo. Donde se trabajó con una muestra total de 483 adolescentes; de los cuales 240 pertenecían al género femenino y 243 al masculino; el rango etario estuvo comprendido desde los 13 hasta los 16 años de edad inclusive. El estudio realizado fue de tipo: descriptivo – correlacional - comparativo, entre las variables de: violencia filio parental y dimensiones estructurales familiares (límites, alineación y poder). Dichas variables fueron medidas a través de un instrumento denominado: “Cuestionario

Familiar”, que fue creado con fines propios de la investigación. De los resultados obtenidos se infiere que existe una correlación de baja significación entre las variables estudiadas.

## **2. BASES TEÓRICAS**

### **A. EL FENÓMENO DE LA VIOLENCIA**

El fenómeno de la violencia es tan antiguo como el surgimiento del ser humano. Empezó a manifestarse junto al desarrollo de las primeras comunidades primitivas con el fin de sobrevivir y obtener el poder de dominio. Hobbes (citado en Malvaceda, 2009) indicó que el hombre es un ser violento y competitivo que cuando ve amenazada su existencia actúa de forma violenta, haciendo uso de su defensa pues prevalece su vida. Con el avance de las sociedades y de las distintas áreas del conocimiento surgió la necesidad de investigar su impacto y de aproximarse a su caracterización. Existen diversos aportes teóricos e importantes desacuerdos sobre lo que se debería de considerar al definir la categoría violencia, ya que no existe una sola descripción clara y exacta del tema en mención.

Debido al carácter histórico que esta posee resulta complicado entenderla fuera del contexto y la época en la que se produce, son diversas las culturas, así como distintas las percepciones que se tiene sobre la violencia. Cabe mencionar que la naturaleza histórica del ser humano es el de tener apertura a un sinnúmero de potencialidades; es decir, el hombre puede resultar ser agresivo o no serlo, lo que dependerá de las condiciones existentes y del estado en que se encuentre la organización de su personalidad (Fromm, 1975; en Malvaceda, 2009). Por otra parte, se dice que en todos los tiempos han existido conflictos y que, si no se tomara en consideración las condiciones históricas, se diría que el ser humano posee un instinto de destrucción por naturaleza.

### **a. Concepción general de la violencia**

En un contexto general, la violencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1976; en Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2002) como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (p.5)

### **b. Agresividad y violencia**

Es pertinente hacer una diferenciación entre estos dos términos ya que tienen una significación distinta. Para Sanmartín (2007) la agresividad se enmarca dentro de la biología, vendría a ser una conducta innata que se activa automáticamente ante determinados estímulos y finaliza ante ciertos inhibidores. Por otro lado, explica que la violencia es una agresividad alterada que se encuentra influenciada por factores socioculturales lo que haría negar su aspecto mecánico y la volvería una conducta intencional y dañina (Sanmartín, 2000; Sanmartín, 2002 y Sanmartín, 2006; en Sanmartín, 2007). De la misma manera Roperti (2006) señala que la agresividad es una disposición innata; mientras que, la violencia sería la emisión de comportamientos violentos aprendidos. Por su parte, Murueta y Orozco (2015) diferencian agresividad de agresión, indicando que:

La agresividad se distingue de la agresión por ser una tendencia, disposición o capacidad que puede materializarse o no en comportamientos específicos y que puede surgir como una forma de resistencia o de ataque frente a un entorno social hostil. En cambio, agresión se refiere siempre a todo comportamiento que materialice la

capacidad agresiva, por lo que se tiende a definir por acciones concretas: golpes, maltrato, vejaciones. Uno de los rasgos que la definen es que sus acciones no son accidentales, sino, intencionales y deliberadas y muestran escaso interés y menosprecio a los otros sujetos (p.29).

## **B. CLASIFICACIONES DE LA VIOLENCIA**

La clasificación utilizada por la OPS (2002) divide la violencia en tres categorías, “según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva” (p. 5). Asimismo, estas tres categorías se subdividen en otros tipos de violencia más específicos.

La violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones. La violencia interpersonal es ejercida en contra de otras personas; se divide en intrafamiliar y comunitaria. Se incluyen la violencia juvenil, las violaciones, la violencia en las escuelas, lugares de trabajo, prisiones, etc.

Por último, la violencia colectiva, vendría a ser aquella violencia grupal cuyo fin, es el logro de un objetivo en común. Este puede ser social, político o económico y se puede manifestar en conflictos armados, terrorismo, genocidio, entre otras formas.

Otra clasificación de la violencia es realizada por Sanmartín (2007) quien señala que, “hay diversos criterios para clasificar la violencia. Por ejemplo, es posible catalogarla atendiendo a la modalidad, activa o pasiva, según el tipo de daño causado, de víctima o de agresor, y finalmente del contexto en el que ocurre” (p.10).

## **C. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

La violencia en la familia también lleva las denominaciones de violencia intrafamiliar o doméstica, existe desde hace mucho tiempo atrás, pero en los últimos años está generando el interés y preocupación de los ciudadanos y profesionales. Las

formas de violencia intrafamiliar en los que más casos se ha presentado, son el maltrato infantil, la violencia de pareja y muy recientemente, la de hijos a padres (Pereira y Bertino, 2009; en Pereira, 2017).

Así pues, Goyeneche, Pardo y Mármol (2013), indican que es uno de los tipos de violencia que comete un individuo en toda sociedad, su escenario principal es la familia y va dirigida en contra de personas con algún tipo de parentesco; a pesar de ser la familia uno de los grupos en el que se crean los lazos y relaciones más fraternos, también se ha convertido en el lugar donde se expresan los actos más violentos que repercuten en todos los ámbitos sociales.

Asimismo, las principales víctimas han sido siempre las mujeres y los niños y el papel de agresor casi siempre ha recaído en el género masculino, estos son los personajes que a través de la historia se han hecho notar ante un fenómeno que no tiene fecha de caducidad (Goyeneche et al. 2013).

Por otra parte, Echeburúa (2003; en Aroca, Bellver y Alva, 2012) usa el término de “violencia familiar para hacer referencia a las agresiones físicas, psíquicas, sexuales o de otra índole, llevadas a cabo reiteradamente por parte de un familiar y que causan daño físico y/o psíquico y vulnera la libertad de otra persona” (p.112). Por su parte, Agustina (2012) considera violencia a cualquier manifestación agresiva entre los miembros de una familia, incluso la sola acción u omisión suficientemente grave, sin necesidad de que haya sido reiterada. Con igual importancia, la Organización Americana de Psiquiatría [APA] (en Goyeneche, et al., 2013) menciona que es realizada para ganar poder injustamente o mantener el mal uso del poder, control y autoridad.

### **a. Características generales de la violencia intrafamiliar**

Con respecto a las características de la violencia intrafamiliar, se toma los propuestos por Aroca, Echeburúa, Corral, Garrido, Redondo y Stangeland (en Aroca, Bellver y Alba, 2012), los cuales se desarrollan a continuación:

La violencia se puede dar en cualquier tipo de familia, de diferente nivel socioeconómico y étnico. Esta agresión es efectuada por cualquier miembro y consumada hacia cualquiera de los integrantes que la conforman. Los agresores pueden ser personas sin ningún tipo de patología física o mental que actúan de manera normal fuera del hogar, pero sus víctimas están dentro de ella. Estas a su vez presentan algún tipo de vínculo biológico, económico, afectivo y de convivencia con su martirizador, lo que les genera una situación de temor y amenaza constante ya que, en algunos casos, las víctimas aún dependen de sus victimarios, volviéndose una condición obligatoria y necesaria. “Con el paso del tiempo, la víctima tiene más temores, sufre un proceso de despersonalización, de dependencia, desarrolla sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, de impotencia, pasividad o bloqueo ante el maltrato” (Seligman, 1975; en Aroca, et al., 2012). Finalmente, la víctima es maltratada cada vez con más violencia, en ocasiones el victimario suele mostrarse afectuoso y arrepentido, generando en ella niveles altos de ansiedad y un estado de alerta constante.

## **D. TIPOS DE VIOLENCIA EN LA FAMILIA SEGÚN LOS MIEMBROS IMPLICADOS**

### **a. Violencia de género**

En el 2015, Guzmán expresó que la violencia de género es una violencia machista hacia la mujer en la cual, el hombre pretende seguir conservando su papel de dominio y ejercer un rol injusto sobre ella, ya que no admite la igualdad de hombres y

mujeres. No es una cuestión biológica sino el fruto de un proceso de construcción social y de curso distinto en diferentes culturas; asignándose los roles que debieron ejercer hombres y mujeres. Debido a ello la injustificada superioridad de lo masculino y la supuesta inferioridad de lo femenino.

En tal sentido, la Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas (1993; en Guzmán, 2015) define la violencia de género como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (p.52).

#### **b. Violencia sobre las personas mayores**

Es cualquier acción voluntaria en contra de una persona mayor que le cause o pueda causarle un daño, o cualquier omisión que prive a un anciano de la atención necesaria para su bienestar, así como cualquier violación de sus derechos, se considera persona mayor o anciana a partir de los 65 años (Agustina, et al. 2010). Debe señalarse que, para que se reconozca como maltrato tiene que existir una relación de confianza, cuidado, convivencia o dependencia, pudiendo ser el agresor un familiar, personal institucional, cuidador contratado, un vecino o un amigo (Iborra, 2003 y 2005; en Agustina et al. 2010).

#### **c. Violencia de la mujer sobre el hombre**

Acerca de este tipo de violencia en la familia, Agustina et al. (2010) muestran dos características básicas. La primera son las humillaciones y la segunda las desvalorizaciones; es decir, aparece más en forma de maltratos psicológicos que de golpes físicos y puede ocurrir en casos donde el rol laboral o social del varón sea

inferior al de la mujer o en casos en los que la mujer es mucho más joven. Cabe considerar que el maltrato físico puede aparecer como respuesta a malos tratos repetidos, en defensa o ante situaciones de miedo, originándose la violencia de forma explosiva, como consecuencia de una ira reprimida (Torres y Espada, 1996; en Agustina, 2010).

#### **d. Violencia infantil**

La OPS (2003) la define como los malos tratos tanto físicos, emocionales, de abuso sexual, o negligencia, ejercidas en un contexto de relación y que produzcan un daño real o potencial en contra de los menores.

#### **e. Violencia de los menores hacia sus padres**

Este tipo de violencia intrafamiliar según Agustina et al. (2010) vendría a ser, “un reflejo de la sociedad actual y de los nuevos valores transmitidos. Se trata de aquella violencia física, psicológica o económica, ejercida por los menores hacia sus padres o cuidadores” (p. 87). Más adelante se detallará los conocimientos de este apartado.

### **E. FACTORES EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR**

Para explicar los factores, se utiliza las teorías tomadas en Agustina, et al. (2010):

**Postura del Psicoanálisis:** Uno de los importantes teóricos de esta escuela fue Alfred Adler quien introdujo el término de pulsión o instinto de agresión, tendría como fin la satisfacción y la descarga; por ejemplo, la pulsión de alimentación se combinaría con la pulsión de agresión, dando como resultado las acciones correspondientes para conseguir alimentos. Otro de los aportes de Adler que se manifiesta en la violencia familiar, es su concepto de protesta viril que vendría a ser una reacción producto del miedo de ser dominado por otros, según Zaczek (2002) “el macho representa fuerza, detenta el poder, posee combatividad y agresividad” (p.92). Por ello lo masculino evita todo lo relacionado a lo femenino (sumisión,



debilidad y dependencia). Actualmente, la pulsión de agresión no puede ser descargada, lo que lleva a su represión, y posteriormente, quizás a una posible descarga de esta energía acumulada en formas muy violentas.

**Postura del Conductismo:** Dollard y Miller desarrollaron su hipótesis de frustración-agresión, basada en el esquema de acción-reacción. En su propuesta mencionan que cada frustración tiene asociada una forma de agresión y si la respuesta de agresión no se manifiesta en ese momento, bien puede inhibirse, desplazarse o bien canalizarse la energía de agresión mediante la ironía, o sarcasmo. Sin embargo, esta teoría ha quedado obsoleta, y algunos autores sostienen que la relación frustración-agresión es mucho más compleja.

**Postura de la teoría del aprendizaje:** Este enfoque sostiene que la agresividad no es una cuestión innata sino aprendida. Se adquiere por observación o por experiencia directa. Cuando se da por experiencia directa (aprendizaje instrumental), este aprendizaje se da por las consecuencias tanto positivas como negativas que se recibe del medio; es decir, si las respuestas son buenas serán repetidas, en cambio si son castigadas serán evitadas. Ambas respuestas pueden ser evitadas ya que el ser humano tiene la capacidad de anticiparse, sin necesidad de tener la experiencia.

**Postura de la etología:** Siguiendo la propuesta de Konrad Lorenz, menciona cuatro tipos de instintos dentro de ellos se encuentran, la agresión, alimentación, reproducción y la fuga. Menciona que la agresividad, es un instinto de lucha tanto del animal como del hombre que va dirigida hacia sus semejantes; cumple tres funciones, la territorial, de selección sexual y jerárquica. A pesar de ello, el ser humano ha desarrollado la función del lenguaje y del pensamiento, permitiendo desplazar los comportamientos instintivos.

**Postura del Cognitivismo:** Este enfoque observa el proceso de la información que se da entre el estímulo externo o interno y la posterior respuesta del sujeto; es decir, la valoración interna que hace el sujeto de las circunstancias presentes y la influencia de los factores morales.

## **F. LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL**

La definición de violencia filio-parental (VFP) se ha venido consolidando a través de un proceso continuo, puesto que la literatura científica devela que sus primeras definiciones han sido de corte breve y genérico, hasta llegar a las más completas en la actualidad. Sears, Maccoby y Levin (1957) mencionan que al final de la década de 1950, es donde dicho fenómeno comienza a ser reconocido como síndrome de los padres maltratados, describiéndose posteriormente como aquellos ataques físicos o amenazas verbales y no verbales (Harbin y Madden, 1979) y según Laurent y Derry (1999), como aquella agresión física realizada por el hijo menor contra sus padres repetida a lo largo del tiempo.

Por otra parte, Cottrell (2001) define la violencia filio-parental como cualquier acto violento de los hijos que provoque miedo en los padres para obtener poder o control y que tenga como objetivo causar daño físico, psicológico o financiero a estos.

Con el paso de los años y los cambios producidos en la sociedad, fue necesario diferenciar entre una violencia filio-parental “tradicional” y una considerada como “nueva”, distinguiéndose entre estos, la frecuencia con la que se perpetra la agresión, el tipo de violencia ejercida, las características del agresor, así como los motivos por los que surge.

Siendo la violencia filio-parental “tradicional” de carácter ocasional, en la que solo se tiene en cuenta la agresión física que es provocada por los hijos en momentos de intoxicaciones, trastornos mentales o cuando estos están bajo el síndrome de

abstinencia. En cambio, la que se considera como “nueva” se contextualiza en un entorno social “normalizado”, en el que jóvenes y adolescentes perpetran con frecuencia una violencia física, verbal, psicológica o económica sobre sus progenitores, con la decidida intención de hacerse con el poder y el control del hogar familiar (Pereira y Bertino, 2009).

Partiendo de este “nuevo” enfoque de la VFP Pereira (2006), la define como:

Las conductas reiteradas de violencia física (agresiones, golpes, empujones, arrojar objetos), verbal (insultos repetidos, amenazas) o no verbal (gestos amenazadores, ruptura de objetos apreciados) dirigida a los padres o a los adultos que ocupan su lugar. Se excluyen los casos aislados, los relacionados con el consumo de sustancias tóxicas, la psicopatología grave, la deficiencia mental y el parricidio (p. 29).

De igual manera, Aroca y Molla (2017) dentro de la literatura más actual explican el fenómeno de la VFP como:

Aquella violencia, a través del cual, el menor exhibe conductas de maltrato contra sus progenitores (o quienes ejerzan su función), consciente e intencionalmente, a lo largo del tiempo y de forma reiterada, causándoles sufrimiento y/o daño, independientemente de que su víctima sea consciente de ello, utilizando la violencia psico-emocional, física y/o económica con el fin de obtener el control, el dominio y el poder sobre su víctima para conseguir lo que desea, en detrimento de la autoridad, autoestima y cometido educativo de su progenitor/es (p.17).

En esta última definición, se considera importante recalcar, que no solo es considerada violencia filio-parental aquella que es perpetuada hacia los padres

biológicos, sino a los que ejerzan esta función, pudiendo ser tíos, abuelos, hermanos mayores u otros.

**a. Tipos de violencia filio-parental:**

La violencia filio-parental, en su proceso de conceptualización ha ido abarcando a tres tipos de conductas, estas son la violencia física, psicológica y económica. Así, se entiende como *violencia física*, al conjunto de conductas que pueden producir daño corporal o heridas por medio de objetos, armas o partes del cuerpo, como propinar patadas, bofetones, golpes y empujones. (Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007; Rechea, Fernández y Cuervo, 2008; Romero, Melero, Cánovas y Antolín, 2007).

Dentro de la *violencia psicológica* (verbal, no verbal y emocional), se consideran las conductas que atentan contra los sentimientos y las necesidades afectivas de una persona, causándole conflictos personales, frustraciones y traumas de origen emocional que pueden llegar a ser permanentes (Aroca y Garrido, 2005). Las más habituales en estos hijos son: ignorar o ningunear a los progenitores, humillar, engañar, denegar el afecto, expresiones no verbales de desprecio o degradación, retirar el afecto, romper y golpear objetos para amedrentar, amenazar, mentir, insultar, culpabilizar, manipular, ausentarse de casa sin avisar, fugarse de casa, omitir ayuda, amenazar con suicidarse, coaccionar e intimidar (pegar patadas a puertas, pared, lanzar objetos, esgrimir cuchillos o romper cristales) (Aroca, Moledo y Miró, 2014).

Por último, la *violencia económica* se refiere a conductas que restringen las posibilidades de ingresos y/o ahorro de los progenitores por medio de robos, venta, destrucción de objetos, generación de deudas (móviles, juegos, compras) y utilización de tarjetas bancarias por parte de los hijos. Daños económicos que deben asumir los progenitores. La violencia económica va acompañada de la psicológica

en conductas como: amenazas, mentiras, chantaje emocional, extorsión, coerción y manipulación (Aroca, et al., 2014). Este último tipo de violencia es la menos tratada en la literatura, siendo la violencia física y psicológica las que se han estudiado a profundidad y de la que más casos se registran en las investigaciones recopiladas.

#### **b. Consecuencias psicológicas en los progenitores**

Conforme a Webster (2008), los progenitores maltratados tienen serias dificultades para aceptar abiertamente que su hijo se comporta agresivamente con ellos, aferrándose a mecanismos de defensa como la negación, aunque de admitirlo lo mantienen en secreto, llegando a perpetuarse en el tiempo. Cottrell (2001), afirma que esta reacción puede ser a consecuencia de una depresión de los progenitores, de su vergüenza por haber fallado como educadores y por tener miedo a las críticas. Además, se develó que sufren de insomnio, impotencia, sentimientos de frustración e incluso, idearon o intentaron suicidarse. Necesitando de medicación para poder superar el estrés y la tensión que vivieron. Otros recurren a las drogas y/o alcohol para hacer frente a situaciones de, desesperación, incredulidad, falta de apoyo, miedo, conmoción, estrés y culpa o trastorno de estrés postraumático (Agnew y Huguley, 1989; Cottrell, 2001; Cottrell y Monk, 2004; Gallagher, 2004a; Howard y Rottem, 2008; Omer, 2004; Paterson, Luntz, Perlesz y Cotton, 2002; y Sempere et al., 2007). La inestabilidad que se genera en las familias provoca paulatinamente otras problemáticas diferentes a la violencia, volviéndose un lugar inseguro para sus integrantes y más aún para niños o adolescentes que están en proceso de consolidación de su personalidad.

## G. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL

La violencia filio-parental, no cuenta con gran diversidad de modelos explicativos, debido a la poca atención que se le ha venido brindando en el tiempo, pero por el reciente incremento de casos, los investigadores se ven en la necesidad de tomar como referencia, a modelos explicativos de la violencia en general. Dentro de estas se considera como las más completas las siguientes posturas:

La *teoría del aprendizaje social* de Bandura (1971), propone que la conducta violenta se ve influida por la convergencia de factores biológicos, la experiencia directa y el aprendizaje observacional. No obstante, este último tiene un mayor peso según este enfoque, pues entiende al proceso del aprendizaje como un paso intermedio para la adquisición del repertorio de la violencia. No solo se aprende por aprendizaje vicario, sino también por imitación del comportamiento de las figuras de apego y de las instrucciones que estas dan dentro de la dinámica familiar (Garrido, Herrero y Massip, 2001; en Nebot 2013).

Esta teoría aporta aspectos importantes al estudio de la violencia filio-parental, como el concepto de *imitación*, entendiendo el aprendizaje de la conducta violenta como la consecuencia de la observación de comportamientos violentos que han sido recompensados o reforzados y aprendidos (Domènech y Íñiguez, 2002; en Nebot 2013).

Por otro lado, el modelo de *Coerción Recíproca* de Patterson (1982) propone que los problemas de conducta se presentan por dificultades originadas en los procesos de socialización, haciendo hincapié en la naturaleza coercitiva o controladora de dichos comportamientos. Señala que la influencia de una crianza ineficaz llevada a cabo por diferentes motivos, propiciaría un comportamiento agresivo o desordenado del niño, llevándolo al fracaso escolar, rechazo de iguales y padres y a una baja autoestima; situaciones que aumentarían en el niño el riesgo de la depresión y la probabilidad de

involucrarse en grupos que presentan conductas desajustadas lo que podría llevar a la cronificación de conductas contrarias a las normas sociales. Esta propuesta podría ser matizada por el elevado peso otorgado de nuevo, al aprendizaje social en una etapa concreta del desarrollo evolutivo, existiendo dificultad para probar de manera longitudinal si la conducta se mantiene con el paso del tiempo y el consiguiente cambio en los procesos cognitivos, emocionales y biológicos de la persona.

Finalmente, Bronfenbrenner desarrolló la llamada *Teoría ecológica* en 1987, esta teoría explica que el ser humano se desarrolla dentro de un conjunto de estructuras ambientales de diferentes niveles y donde cada uno de esos niveles contiene al otro. El autor describe cuatro niveles:

**Microsistema:** Es el nivel más inmediato y en el que se desarrolla el individuo (familia, amigos, etc.). Puede funcionar como un contexto tanto afectivo y positivo como un contexto destructivo para el desarrollo humano.

**Mesosistema:** Es la interrelación entre dos o más ambientes del desarrollo personal y de participación activa (colegio, bancos, cines, etc.).

**Exosistema:** Es un contexto más amplio en el que la persona no es un agente activo necesariamente (sistema educativo, leyes, sistema religioso, organismos de seguridad, medios de comunicación, etc.).

**Macrosistema:** Está compuesto por la cultura y la subcultura en la que se desarrollan el individuo y el conjunto de la sociedad (creencias, estilos de vida, tradiciones, etc.). Se considera que la persona se ve afectada por este nivel y por los hechos que en él ocurren a pesar de que la persona no esté presente.

Para entender los factores explicativos de la violencia filio-parental, podemos comprenderla desde la perspectiva ecológica. Teniendo en cuenta esta óptica, Cottrell

y Monk (2004) establecen de forma muy sintetizada, diversos factores explicativos de la violencia filio-parental, entre los que podemos destacar:

Mantenimiento de la privacidad familiar:

- Negación por parte de los padres del problema.
- Auto – culpabilización paternal.
- Lealtad del padre al hijo.

Falta de información y apoyos de la comunidad:

- Derechos de los padres poco claros.
- Falta de apoyo familiar.

Impacto de la victimización en los adolescentes:

- Ser testigos de maltrato hacia la madre.
- Ser víctima de maltrato.

Estilos de crianza y dinámicas familiares:

- Estilo parental controlador.
- Permisivo.
- Conflictivo.

Pobreza y factores de estrés relacionados con:

- Sobrecarga del rol parental.
- Recursos legales para el menor.

A partir de estos factores explicativos, podemos entender las razones por las que este fenómeno es tan invisible dentro de nuestra sociedad y por qué es tan difícil de identificar, de tratar y solucionar. Es de gran importancia señalar que no es necesaria la aparición de todos estos factores para que se manifieste la conducta violenta; de hecho, la aparición de alguno de ellos en solitario ya puede ser condición suficiente para que



aparezcan las conductas violentas hacia los padres, siendo alguno de ellos, los factores más favorables para la aparición de esta conducta (Cottrell y Monk, 2004).

El modelo etiológico más admitido para explicar la génesis del maltrato de niños y adolescentes sobre otras personas es el ecológico, que explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera al maltrato como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento. El que un niño o un adolescente llegue a maltratar es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales y ambientales (familiares, sociales y culturales) (Ruiz, 2009).

## **H. FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL:**

### **LA ADOLESCENCIA**

Es una etapa de cambios en el que se da el proceso de transformación del niño en adulto. La OMS (citada en Rodríguez, 2014) define la adolescencia como, “el período de la vida que transcurre entre los diez y diecinueve años de edad” (p.37). Se considera dos etapas, una *adolescencia temprana* que empieza desde los 10 a los 14 años de edad y una *adolescencia tardía* que surge desde los 15 a los 19 años de edad (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011).

Etimológicamente, adolescencia quiere decir padecimiento, por lo que se tiene la ardua tarea de encontrarse a sí mismo, es una etapa que varía de acuerdo al grupo social en el que se viva. La evolución que los muchachos viven en esa etapa, los hacen experimentar constantes crisis, pues se encuentran en la búsqueda de su propia identidad; por lo tanto, en el proceso de formar su personalidad. A continuación, se menciona una clasificación sobre los cambios psicológicos producidos durante la adolescencia.

Menéndez (2006; en Rodríguez, 2014) ofrece algunas de ellas. En primer lugar, presentan crisis de oposición, debido a que tienen la necesidad de autoafirmarse, de

formar un yo diferente, y por tener una independencia intelectual y emocional. En segundo lugar, en cuanto al desarreglo emotivo, experimentan estados de ánimo extremos, estando su sensibilidad a flor de piel. En tercer lugar, tienen una imaginación desbordada; es decir, suelen fantasear, lo hacen como mecanismo de defensa ante una realidad que les resulta difícil de adaptarse. En cuarto lugar, manifiestan rasgos narcisistas pues conceden una importancia extrema a su físico. En quinto lugar, una crisis de originalidad que se presenta de dos formas, de manera individual y social; la primera se manifiesta en el estilo peculiar de pensar y hablar, gusto por la soledad, las excentricidades en el vestir, entre otras; segunda denota el comportamiento rebelde que sienten hacia los valores e ideas establecidas por los adultos.

Para terminar con este apartado se mencionan algunos de los sentimientos que acompañan a estas manifestaciones, consecuencia directa de la crisis que están atravesando: sentimientos de inseguridad, debido a los cambios físicos que se desarrollan más rápido que los cambios psicológicos, a menudo se sienten en cuerpos de adultos, pero su mente es la de un niño, por ello sienten una falta de confianza a sí mismos. Sentimientos de angustia, por presentar una constante frustración debido a que se le exige actuar como adulto, pero a la vez se le trata como a un niño. Esta angustia se debe a la tensión que soporta y se manifiesta en actos agresivos, cólera, irritabilidad y violencia como respuesta a dicha frustración, también se expresan sentimientos de depresión, por querer estar solo, de melancolía y tristeza, alternándose con estados de euforia. Estas características se dan en adolescentes aparentemente normales, pero puede llegar a enfermar el psiquismo cuando se es exagerado, se sufre mucho y se hace sufrir a los demás, cuando sus sentimientos lo controlan y lo alejan de la realidad.

### **a) Factores individuales:**

- **Sexo y edad del agresor:**

Diferentes investigaciones consideran la variable sexo del agresor para comprender esta problemática. Por lo que parece ser que existe una mayor incidencia entre los hijos varones, ya que los estudios internacionales establecen que entre el 50% y 80% de la violencia filio-parental es perpetrada por los hijos varones (Cottrell y Monk, 2004; Du Bois, 1998; Langhin, Richsen, Rohling y Neidig, 1995; Laurent, 1997; Ulman y Straus, 2003; Walsh y Krienert, 2007). Siendo las agresiones físicas las más comunes de este sexo (Calvete, Orue y Sampedro, 2011; Calvete, Gámez, y Orue 2014).

No obstante, el género femenino no queda al margen de la violencia filio-parental: Se dan mayores tasas de violencia psicológica y emocional entre las hijas, en comparación con los hijos varones (Ibabe y Jaureguizar, 2011; Serrano, 2006)

Otras investigaciones concluyen que no existen diferencias de género en cuanto a violencia física, pero sí en cuanto a violencia psicológica donde reafirma la existencia de mayor incidencia en mujeres (Calvete et al., 2014; Calvete, Orue y González-Cabrera, 2017; Ibabe y Bentler, 2015).

Sin embargo, la mayoría de estudios encuentran sesgos en cuanto al sexo del agresor y otros estudios no encuentran diferencias aparentes (Contreras y Cano, 2014; Pagani, Tremblay, Nagin, Zoccolillo, Vitaro, y McDuff, 2009)

Por otro lado, la edad de los hijos agresores suele enmarcarse dentro de la adolescencia y pre-adolescencia, en edades comprendidas entre 10 y 18 años, con una mayor incidencia entre los 14 y 16 años (Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007).

En el estudio realizado en el año 2002 por Cota-Robles, Neiss y Rowe sostienen, que el nivel de violencia en los adolescentes es más elevado durante la “primera adolescencia” (10 a 13 años) que durante la segunda etapa (14-17 años) y otros autores como Ulman y Straus (2003), argumentan que, a mayor edad, mayor es la conducta violenta.

- **Características de personalidad**

Pretender conocer la personalidad exacta de los adolescentes agresores es una tarea complicada, ya que cada persona es un caso único a investigar. Sin embargo, las características de personalidad encontradas con mayor frecuencia en los hijos maltratadores son la baja autoestima, creencias de grandiosidad, egocentrismo, problemas de impulsividad, justificación de la violencia, hostilidad, ausencia o disminución de la empatía y baja tolerancia a la frustración (Calvete et al., 2011, Ibabe y Jaureguizar, 2011; Omer, 2007, Rosado, Rico y Cantón-Cortés, 2017).

Según Rodríguez (2017) esto los lleva a mostrar indiferencia ante las consecuencias de sus actos y a responsabilizar a los padres. Teniendo, como prioridad, la satisfacción de su propio interés, utilizando diferentes vías para conseguirlo y sin importarles utilizar o enfrentarse a los demás, sintiéndose únicos y sin necesidad de acatar normas.

**b) Factores familiares:**

- **Sexo y edad de los progenitores**

Las investigaciones coinciden que las padres víctimas de violencia filio-parental, suelen tener una edad avanzada (Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007). Autores como Pereira y Bertino (2009) proponen, incluso, un perfil de personas de paternidad tardía, que sitúan alrededor de los 54 años en el momento de sufrir violencia por parte de sus hijos. Sin embargo, otras investigaciones no tienen

datos significativos para sacar conclusiones respecto a la edad (Romero, Melero, Cánovas, y Antolín, 2005).

En cuanto al sexo del progenitor, se registran mayores incidencias hacia la figura materna del hogar, siendo vulnerables en distintos cuadros de violencia y también en la VFP, por lo que Gallagher (2004), en busca de causas que expliquen este hecho menciona:

- Las madres suelen ser físicamente menos fuertes que los padres y tienden, por tanto, a no devolver los golpes.
- Las mujeres suelen pasar más tiempo con los/las hijos/as cumpliendo la función de cuidadoras.
- Prejuicios sociales en relación a la superioridad del hombre sobre la mujer.
- Crisis de valores establecidos en la sociedad actual.
- Las mujeres suelen tomar mayor responsabilidad en la educación de sus hijos/as y con frecuencia pueden sentirse culpables de las malas conductas de éstos/as, quedando atrapadas en la relación.

- **Estilos educativos**

Aroca, Cánovas y Alba (2012), en búsqueda de una definición completa concluyen que:

Los estilos educativos son el conjunto de pautas y prácticas de crianza, cuyo objetivo es la socialización y educación de los hijos, donde interactúan rasgos de personalidad, experiencias pasadas y características personales, tanto parentales como filiales, que se contextualizan dentro de un sistema intra, meso y macrofamiliar

inmerso, a su vez, en un marco transcultural e histórico determinados (p.234).

Para afianzar la idea anterior, se hace mención del modelo tripartito propuesto por Baumrind (1967, 1971; como se citó en Gonzales, 2012) en el que se categoriza los estilos parentales:

Dicho modelo hace un contraste entre tres tipos de estilos parentales: democrático, autoritario y permisivo. El estilo democrático hace uso moderado del castigo, el razonamiento, el fomento de la autonomía y la presencia de afectividad. El estilo autoritario se basaría en el control y la obediencia a la autoridad a partir del empleo de estrategias de disciplina severas y bajos niveles de apoyo y aprobación. Por último, en el estilo permisivo se da bajos niveles de control y exigencia, basándose en la ausencia de estrategias punitivas y conductas de aceptación hacia las conductas y deseos del menor. Este modelo fue posteriormente modificado por Maccoby y Martin (1983) redefiniendo el estilo permisivo y subdividiendo el mismo en el estilo indulgente y negligente. De este modo, se planteó la existencia de 4 estilos parentales: padres democráticos (con elevados niveles de control y afecto); padres negligentes (niveles reducidos de control y afecto); padres indulgentes (con escaso control y elevado afecto); y padres autoritarios (con elevado control y un bajo afecto) (p.180-181).

Las diferentes investigaciones consultadas llegan a un consenso sobre qué estilos parentales actuarían como factores de riesgo en relación al ejercicio de la violencia filio-parental. El estilo negligente, permisivo y autoritario, son los estilos educativos más comúnmente practicados por las padres víctimas de

violencia filio-parental (Pereira y Bertino, 2004; Romero, Melero, Cánovas, y Antolín, 2005; e Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007). En este contexto, se puede considerar al estilo democrático como el más óptimo a la hora educar a los hijos.

Es crucial poner de manifiesto, la importancia de la coherencia de los estilos educativos, las normas y los límites entre ambos progenitores. Cuando existen contradicciones entre los padres, aumenta la probabilidad de padecer en el ámbito familiar episodios de violencia (Cotrell y Monk, 2004).

- **Estructura familiar**

Son muchos los estudios que destacan una mayor proporción de familias monoparentales, en las que las madres viven solas con sus hijos (bien porque son solteras, o separadas/divorciadas). Pagani, Larocque, Vitaro y Tremblay (2003) hallaron que los cambios en el subsistema marital (divorcio o nuevo matrimonio) suponían un factor de riesgo de agresiones físicas contra las madres, en comparación con aquellas familias que se mantenían intactas desde la guardería hasta la adolescencia de sus hijos. No obstante, los autores destacaron que no se trata de que el divorcio o la monoparentalidad sean factores de riesgo, sino que todas aquellas variables que van asociadas a estos acontecimientos serían las que habrían ido deteriorando la relación entre padres e hijos (Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007).

**c) Factores sociales:**

Pereira y Bertino (2009) consideran diferentes factores sociales que vienen influenciando en la aparición de conductas violentas de los adolescentes hacia sus progenitores, como el paso de un sistema claramente autoritario a otro democrático, en el que se correlaciona democracia con ausencia de autoridad e igualdad a la hora de educar. Además, hoy en día existe una preocupación por el crecimiento personal y la competitividad, lo que genera cambios en el ciclo vital familiar, con un progresivo

atraso de la edad media a la que se tienen los hijos, dando lugar a padres añosos, con menos energías para mantener la disciplina y poner límites, con incremento importante de los hijos únicos, convirtiéndose en el centro de los padres, hijos que hay que mimar y cuidar muy delicadamente, al que debe prestársele atención siempre, para no ser considerado socialmente como malos padres.

Por otro lado, los cambios laborales, con la plena incorporación de la mujer al trabajo, y con el aumento del número de horas que se pasa fuera de casa, disminuyendo así el número de horas de contacto con los hijos, se llega cansado a casa y en el poco tiempo que se está con ellos se tratan de evitar en lo posible situaciones de tensión, en busca de armonía familiar, que no sobrecargue más al cansado progenitor.

La evolución de la sociedad hacia un modelo educativo basado más en la recompensa que en la sanción, en la tolerancia que, en la disciplina, ha llevado a restringir de manera significativa la capacidad sancionadora de los educadores.

Se considera también, la influencia de la sociedad del consumo, ya que los menores se encuentran con una sociedad que está mandando señales constantes de consumismo a través de los medios de comunicación y lo relacionan con sus necesidades básicas que en consecuencia se convierten en niños que necesitan consumir y tener muchos objetos para ser felices; de no ser satisfechos, los menores podrían recurrir al uso de la violencia (psicológica o física) sobre los padres para conseguir lo que desean.

Finalmente, la Influencia del grupo generacional en la vida de los menores, la idea de tener un grupo de amigos en situación de riesgo constituye un entrenamiento directo al desarrollo de una conducta violenta.



## **I. FACTORES ASOCIADOS AL MANTENIMIENTO DE LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL**

La negación por parte de la familia de la situación de violencia en el hogar, es uno de los factores más relevantes para explicar el mantenimiento de la conducta violenta (Suárez, 2012). Los padres suelen permitir y tolerar unos niveles altos de violencia por parte de sus hijos, antes de tomar medidas para solucionar la situación de violencia que se da en el ámbito familiar (Pérez y Pereira, 2006). Esto lleva a mantener un clima de violencia, que se va agravando en el tiempo y no da lugar a ningún tipo de intervención por algunos de los agentes especializados.

Otro factor que influye en el mantenimiento de la violencia filio-parental es el posible beneficio o ventaja que puede obtener el hijo agrediendo a sus padres. Pereira y Bertino (2004) hablan de los *beneficios secundarios* que obtienen los hijos, buscando aumentar el poder y la dominación dentro del núcleo familiar. El hijo también puede conseguir sus objetivos; es decir, hacer lo que éste quiera en cada momento como elegir la hora de llegar a casa, obtener dinero etc. El hijo agresor llega hasta el punto de dificultar la comunicación entre sus padres, con el fin de evitar interferencias externas que hagan peligrar el poder que ha conseguido anteriormente. Esta situación ayuda a mantener la violencia porque las partes pierden comunicación y se alarga más en el tiempo.

Por otro lado, los padres aprenden a ignorar las conductas negativas del hijo para evitar la confrontación. Como consecuencia el hijo necesita, con el tiempo, realizar comportamientos más extremos para mantener su poder (Omer, 2004). Los padres cada vez normalizan más la situación conflictiva, lo cual dificulta la búsqueda de ayuda en la familia extensa y/o profesional y, en mayor medida, la ayuda legal.

## J. FACTORES DE PROTECCIÓN DE LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL

A continuación, se describen los factores de protección identificados, tanto de las madres como de las dinámicas relacionales que imperan en estas familias.

<p><b>HISTORIA PERSONAL DE LAS MADRES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No antecedentes de violencia familiar.</li> <li>-Haber vivido la educación recibida como adecuada, sin antecedentes de violencia, negligencia o abuso.</li> <li>-Una historia de pareja satisfactoria.</li> </ul>	<p><b>VISION DE FUTURO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Si él/la menor reside fuera del domicilio familiar, adecuado planteamiento de la vuelta a casa.</li> <li>-Actitud positiva ante la posibilidad de resolución del problema</li> <li>-Que haya existido una motivación para tener al hijo/a, posterior a una adecuada formación de pareja.</li> <li>-Actitud colaboradora ante los cambios.</li> </ul>
<p><b>EJERCICIO PARENTAL I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Disponer de herramientas adecuadas para ejercer la educación del hijo/a (establecimiento de límites, normas, imposición de castigos).</li> <li>-Distribución equitativa de las funciones parentales entre ambos progenitores (responsabilidad de la crianza, educación y cuidado).</li> <li>-Buena valoración de la madre sobre el papel que juega el padre en la educación del hijo/a.</li> </ul>	<p><b>EJERCICIO PARENTAL II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Establecimiento claro de los límites entre padres e hijos/as, recayendo en los primeros el control y poder en las relaciones familiares.</li> <li>-Adecuación de los castigos por parte de las madres y cumplimiento de los mismos por el/la hijo/a.</li> <li>-Calidad en la educación o el cuidado de los/las hijos/as cubriendo las necesidades básicas, de protección, socialización, etc.</li> <li>-Conciliación de vida familiar y laboral.</li> </ul>

<p>-Acuerdos entre los padres en la imposición de normas y castigos.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>RED DE APOYO</b></p> <p>-Apoyo de la familia extensa a la madre.</p> <p>-Disponer de red social.</p> <p>-Apoyo recibido por parte de profesores/as en el contexto escolar, así como de los/las profesionales de los diferentes servicios (psicólogos, trabajadores sociales, educadores...)</p> <p>-No ocultar el problema ni a los/las profesionales ni a los familiares.</p> <p>-Entender la denuncia como petición de ayuda para el cambio reconociendo la falta de herramientas para abordar el problema.</p> <p>-Recurrir a apoyos profesionales para el manejo de cualquier problemática que no pueda afrontarse.</p>	<p style="text-align: center;"><b>SALUD</b></p> <p>-Ausencia de fracaso en su rol como madres.</p> <p>-En el caso de denuncia interpuesta, no sentirse culpable por la misma.</p> <p>-Ideas de autoprotección (cuidado de sí mismas).</p> <p>-Higiene de sueño.</p> <p>-Buena alimentación.</p> <p>-Buen afrontamiento de los propios problemas.</p> <p>-Habilidades para manejar los conflictos con los/las hijos/as.</p> <p>-Muestras de cariño por parte de los/las hijos/as sin objetivos instrumentales.</p> <p>-Reconocimiento de los/las hijos/as de los actos violentos ejercidos sobre sus madres.</p> <p>-No minimizar la importancia de las conductas violentas.</p>
<p style="text-align: center;"><b>CONDUCTA VIOLENTA</b></p> <p>-Capacidad, tanto de la madre como del propio/a agresor/a, de anticipar la conducta violenta del hijo/a.</p>	<p style="text-align: center;"><b>ESTRUCTURA FAMILIAR</b></p> <p>-Modelo de familia. Si se da la monoparentalidad, que la relación madre e hijo/a no sea excesivamente dependiente y que cada uno tenga su red y sistema de apoyo.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estrategias de afrontamiento ante la conducta violenta.</li> <li>-Actitud de búsqueda de soluciones.</li> <li>-Interpretación adecuada de la experiencia violenta teniendo en cuenta la historia vital del menor (antecedentes de violencia, cambios en la estructura familiar no superados, etc) no poniendo su origen en otro aspecto (consumo de tóxicos, factores de personalidad) los cuales pueden favorecer el desarrollo de las conductas violentas pero no funcionan como determinantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Capacidad para afrontar las crisis propias al ciclo vital de la familia.</li> <li>-Consecuencias positivas de los cambios producidos en la historia o ciclo vital familiar.</li> <li>-En el caso de la separación entre los progenitores, mantener una relación adecuada, con la finalidad de continuar con el ejercicio parental.</li> </ul>
--	---

*Tabla 1. Factores de protección de la violencia filio-parental*

*Fuente: Navarro (2017)*

## **K. INTERVENCIÓN EN LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL**

La metodología de intervención en casos de violencia filio-parental no es un tema demasiado investigado todavía. La violencia filio-parental es un fenómeno que se ha hecho público recientemente, por lo que aún es pronto señalar cuáles son las líneas de intervención psicológica más efectivas. La intervención a este nivel se refiere al área más general de intervención con familias violentas. No obstante, es de crucial importancia desarrollar intervenciones específicas que aborden esta problemática particular.

Los profesionales que abordan la violencia filio-parental desde un ámbito psicoterapéutico coinciden en destacar la importancia del trabajo con toda la familia, y

no sólo con el menor agresor (Gallagher, 2004). Dependiendo del modelo teórico que siga cada profesional, la intervención se centrará más en unos u otros aspectos (estructura, psicopatología o modificación de conductas).

Pérez y Pereira (2006) señalan que el primer paso en el trabajo con estas familias debería consistir en ayudar a los padres a tomar conciencia sobre sus propios derechos, ya que en muchas ocasiones llegan al punto de estar desorientados sobre lo que es aceptable o inaceptable en las relaciones familiares.

Paralelamente al trabajo con la familia, el menor agresor también debe recibir una intervención específica. Los estudios realizados al respecto destacan la importancia del entrenamiento en habilidades para la adecuada resolución de problemas y para el auto-control y manejo de emociones como el enfado o la frustración.

Por otro lado, al igual que en otros tipos de violencia intrafamiliar, también se realizan intervenciones grupales con las víctimas. Los programas preventivos más efectivos son aquellos que van dirigidos a los menores durante los primeros doce años de edad, mientras existe la oportunidad de estimular el desarrollo de la compasión, la tolerancia, el sentido de la autocrítica y la empatía. Si se consigue que un menor incorpore estos atributos naturales a su carácter, tendremos muchas probabilidades de evitar que recurra a la violencia cuando sea adulto. Se debe hacer hincapié en educar en valores morales como la responsabilidad, la justicia, el respeto, la perseverancia, la honestidad, la generosidad y la tolerancia, entre otros.

### CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

#### 1. TIPO, MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

##### A. Tipo

La presente investigación tuvo un *enfoque cuantitativo*, ya que pretendió medir un fenómeno social de forma objetiva, se realizaron mediciones que posteriormente fueron analizadas mediante procedimientos estadísticos. Así mismo, es de tipo *descriptiva comparativa*, buscando detallar cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno estudiado en nuestro contexto, especificando las propiedades y características, que posteriormente fueron comparadas, buscando diferencias entre las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

##### B. Método

La investigación se enmarcó dentro de un *método deductivo*, el cual siguió procedimientos lógicos, ya que a partir de la teoría existente sobre la violencia filio-parental se derivaron expresiones lógicas, a través del análisis de la hipótesis (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### C. Diseño de la investigación

En relación al diseño, se enmarcó en un *diseño no experimental, transeccional-comparativo*, ya que no se manipularon variables, analizando la violencia filio-parental tal como se da en el contexto seleccionado. Del mismo modo, los datos fueron recolectados en un solo momento y comparados según variables (Hernández et al., 2014).

## 2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Para establecer la muestra, se utilizó un diseño de muestreo no probabilístico de tipo intencional (Bellido y Bellido, 2014), quedando conformada por la totalidad de la población, siendo de 243 adolescentes:

	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	115	47.3
Varón	128	52.7
Total	243	100.0

*Tabla 2. Distribución de la muestra según sexo*

	Frecuencia	Porcentaje
11 a 13 años	105	43.2
14 a 17 años	138	56.8
Total	243	100.0

*Tabla 3. Distribución de la muestra según rango de edad.*

### A. Criterio de inclusión

Participaron estudiantes del nivel secundario de 11 a 17 años, de ambos sexos, sin patologías graves o alteraciones de conciencia o deficiencia mental.

## B. Criterio de exclusión

No pudieron participar de la muestra estudiantes con una patología grave, relacionados con el consumo de tóxicos que alteren la conciencia o la deficiencia mental, ya que el modelo actual entiende que esta se da en hijos agresores aparentemente normalizados.

## 3. INSTRUMENTOS

### A. Cuestionario de Violencia filio-parental

- a) **Nombre del cuestionario:** Cuestionario de violencia filio-parental.
- b) **Autor:** Calvete, Gámez-Guadix, et al.
- c) **Procedencia:** España
- d) **Año:** 2013
- e) **Ámbito de aplicación:** Para adolescentes hasta los 18 años
- f) **Administración:** Individual y colectivo
- g) **Tiempo de aplicación:** De 20 a 25 minutos
- h) **Descripción:** El cuestionario consiste en 20 ítems paralelos: 10 en relación a la violencia filio-parental ejercida contra la madre y otros 10 en relación al padre. En cada bloque de 10 preguntas, 7 describen agresiones psicológicas (p. ej., insultar, coger dinero sin permiso y amenazar con pegar al padre o a la madre) y los otros 3 ítems describen agresiones físicas (p. ej., pegar con algo que puede hacer daño o dar patadas). Las alternativas de respuesta se encuentran en una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta: 0 (nunca), 1 (esto pasó 1 vez), 2 (esto pasó de 3 a 5 veces), 3 (esto pasó 6 o más veces).

El cuestionario permite obtener la prevalencia de cada tipo de agresión (psicológica, física), la cual indica el porcentaje de adolescentes que informan de al menos una agresión en el último año. Así mismo, permite obtener las prevalencias de agresiones severas, las cuales son más consistentes con la definición de VFP como actos



reiterados de agresión. Para la VFP psicológica severa se considera el porcentaje de adolescentes que habían llevado a cabo agresiones psicológicas más de seis veces en el último año (respuesta 3 en la escala Likert). En concreto se emplean los ítems de amenazar, insultar, chantajear, coger dinero sin permiso, hacer algo para fastidiar y desobedecer en algo importante. Para la VFP física severa, se consideran los casos en los que el adolescente ha empujado o pegado, ha golpeado con algo que podía hacer daño o ha dado una patada o un puñetazo a su progenitor en más de 3 ocasiones en el último año anterior.

- i) **Confiabilidad:** El cuestionario original ha obtenido buenas propiedades psicométricas, además de excelentes indicadores de ajuste (RMSEA= .04, CFI=.99) y todas las cargas factoriales oscilaron entre .71 y .78. Los coeficientes alpha de Cronbach oscilaron entre .83 y .84. En la investigación de Villar Alanoca (2018) llevada a cabo en Lima, se obtuvo índices aceptables de confiabilidad, entre valores de 0.70 a 0.95. Del mismo modo en el presente estudio, la confiabilidad del cuestionario es igual 0.80 según el alpha de Cronbach.
- j) **Validez:** El cuestionario original presenta correlaciones significativas de validez al  $p < .05$ , de la misma manera en la investigación de Villar (2018) en Lima, los análisis de los ítems ejecutados identificaron correlaciones significativas, confirmando la validez de dicho cuestionario.

## **B. Ficha Sociodemográfica**

- a) **Nombre del cuestionario:** Ficha sociodemográfica
- b) **Autor:** Los investigadores
- c) **Duración:** 10 minutos
- d) **Descripción del cuestionario:** Recolecta datos de los estudiantes, como son la edad, sexo; además de, los estilos educativos que sus padres practican en casa

como son el autoritario, permisivo, democrático y negligente y de la estructura o conformación familiar (nuclear, monoparental y extendida). Las dos últimas interrogantes se representaron en preguntas con respuestas de opción múltiple.

#### **4. PROCEDIMIENTOS**

El primer paso fue contactarnos con las instituciones educativas; posterior a ello, se solicitó los permisos correspondientes a los directores de las dos instituciones para poder acceder a sus aulas, fundamentando la importancia del estudio. Concedido el permiso de las autoridades, se entregó a los estudiantes los consentimientos informados para que los padres autoricen la participación de sus hijos en la investigación. En la aplicación de los instrumentos se recalcó el anonimato de los mismos, y así evitar, una posible deseabilidad social. Después de aplicados, se procedió a calificar e interpretar los resultados.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

En el presente capítulo se exponen los resultados obtenidos propios del análisis estadístico, a través del programa SPSS 25, los cuales son presentados en tablas de frecuencia y porcentajes para describir las variables y también a través de las pruebas, U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis para comparar las variables.

**Tabla 4.****Niveles de violencia filio-parental**

		Hacia padre		Hacia madre	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>VFP</i> <i>psicológica</i>	Baja	59	25.3	36	14.9
	Media	135	57.9	161	66.5
	Alta	39	16.7	45	18.6
	Total	233	100.0	242	100.0
<i>VFP</i> <i>física</i>	Baja	215	92.3	219	90.5
	Media	9	3.9	20	8.3
	Alta	9	3.9	3	1.2
	Total	233	100.0	242	100.0

En la tabla 4, se puede observar que la violencia filio-parental de tipo psicológica hacia el padre es de un nivel medio (57.9%) y la física de un nivel bajo (92.3%). De forma similar, la violencia filio-parental de tipo psicológica hacia la madre es mayormente de un nivel medio (66.5%) y la física de un nivel bajo (90.5%).

**Tabla 5.****Índices de la violencia filio-parental según sexo del agresor**

	Sexo	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Z	Sig. asintótica
<i>VFP psicológica hacia el padre</i>	Mujer	108	112.88	6305.000	-.876	.381
	Varón	125	120.56			
	Total	233				
<i>VFP física hacia el padre</i>	Mujer	108	118.87	6548.000	-.851	.395
	Varón	125	115.38			
	Total	233				
<i>VFP psicológica hacia la madre</i>	Mujer	114	118.82	6990.500	-.566	.571
	Varón	128	123.89			
	Total	242				
<i>VFP física hacia la madre</i>	Mujer	114	121.74	7269.000	-.098	.922
	Varón	128	121.29			
	Total	242				

En la tabla 5, se halló que no existen diferencias estadísticamente significativas en la violencia filio-parental de tipo psicológica ( $U=6305$ ;  $Z= -0.876$ ;  $p= .381$ ) y de tipo física ( $U=6548$ ;  $Z= -0.851$ ;  $p=.395$ ) hacia el padre. De la misma manera, en relación a la violencia filio-parental hacia la madre en el tipo psicológico ( $U=6990$ ;  $Z= -0.566$ ;  $p= .571$ ) y físico ( $U=7269$ ;  $Z= -0.098$ ;  $p= .922$ ) teniendo en cuenta el sexo de los evaluados.

**Tabla 6.****Índices de la violencia filio-parental, según rango de edad**

	Edad	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Z	Sig. asintótica
<i>VFP psicológica hacia el padre</i>	11 a 13 años	104	108.09	5781.000	-1.830	.067
	14 a 17 años	129	124.19			
	Total	233				
<i>VFP física hacia el padre</i>	11 a 13 años	104	120.37	6358.000	-1.479	.139
	14 a 17 años	129	114.29			
	Total	233				
<i>VFP psicológica hacia la madre</i>	11 a 13 años	104	119.05	6921.500	-.476	.634
	14 a 17 años	138	123.34			
	Total	242				
<i>VFP física hacia la madre</i>	11 a 13 años	104	126.19	6688.000	-1.781	.075
	14 a 17 años	138	117.96			
	Total	242				

La tabla 6, permite identificar que no existen diferencias estadísticamente significativas en la violencia filio-parental de tipo psicológica ( $U=5781$ ;  $Z= -1.830$ ;  $p= .067$ ) y física ( $U=6358$ ;  $Z= -1.479$ ;  $p= .139$ ) ejercida hacia el padre, del mismo modo en la violencia filio-parental de tipo psicológica hacia la madre ( $U=6921.5$ ;  $Z= -0.476$ ;  $p= .634$ ) y física ( $U=6688$ ;  $Z= -1.781$ ;  $p= .075$ ) teniendo en cuenta la edad de los evaluados.

**Tabla 7.****Índice de violencia filio-parental, según estructura familiar.**

	Estructura familiar	N	Rango promedio	H de Kruskal-Wallis	Gf	Sig. asintótica
<i>VFP psicológica hacia el padre</i>	Nuclear	173	116.14	.679	3	.878
	Monoparental	13	116.65			
	Extendida	37	116.57			
	Otros	10	134.00			
	Total	233				
<i>VFP física hacia el padre</i>	Nuclear	173	116.78	1.631	3	.652
	Monoparental	13	108.00			
	Extendida	37	120.59			
	Otros	10	119.20			
	Total	233				
<i>VFP psicológica hacia la madre</i>	Nuclear	173	121.62	.947	3	.814
	Monoparental	20	113.18			
	Extendida	38	128.50			
	Otros	11	110.55			
	Total	242				
<i>VFP física hacia la madre</i>	Nuclear	173	120.56	5.531	3	.137
	Monoparental	20	110.00			
	Extendida	38	132.01			
	Otros	11	120.86			
	Total	242				

En la tabla 7, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la violencia filio-parental de tipo psicológica hacia el padre ( $H=0.679$ ;  $p=.878$ ) y física ( $H=1.631$ ;  $p=.652$ ) al igual que en la violencia filio-parental hacia la madre, ya sea psicológica ( $H=0.947$ ;  $p=.814$ ) o física ( $H=5.531$ ;  $p=.137$ ) según el tipo de familia del que provienen los adolescentes.

**Tabla 8.****Índices de violencia filio-parental, según estilo educativo del padre.**

	Estilo crianza	N	Rango promedio	H de Kruskal-Wallis	Sig. asintótica
	Autoritario	59	121.19	4.295	.231
	Democrático	113	109.27		
<i>VFP psicológica</i>	Negligente	32	135.83		
<i>hacia el padre</i>	Permisivo	29	117.79		
	Total	233			
	Autoritario	59	123.80	3.845	.279
	Democrático	113	114.19		
<i>VFP física</i>	Negligente	32	115.28		
<i>hacia el padre</i>	Permisivo	29	116.03		
	Total	233			

En la tabla 8, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la violencia filio-parental de tipo física ( $H=3.845$ ;  $p=.279$ ) o psicológica ( $H=4.295$ ;  $p=.231$ ) hacia el padre según el tipo de estilo de crianza que tienen los papás.



**Tabla 9.****Índices de violencia filio-parental, según estilo educativo de la madre.**

	Estilo crianza		Rango	H de Kruskal-	Sig.
	mamá	N	promedio	Wallis	Gl asintótica
<i>VFP psicológica hacia la madre</i>	Autoritario	47	118.63	12.552	3 .006
	Democrático	156	113.93		
	Negligente	16	139.31		
	Permisivo	23	166.30		
	Total	242			
<i>VFP física hacia la madre</i>	Autoritario	47	115.35	16.190	3 .001
	Democrático	156	118.43		
	Negligente	16	132.41		
	Permisivo	23	147.33		
	Total	242			

En la tabla 9, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la violencia filio-parental de tipo psicológica ( $H=12.552$ ;  $p= .006$ ) y física ( $H=16.190$ ;  $p= .001$ ), según el tipo de estilo de crianza que tienen las mamás. En todos los casos las madres permisivas o negligentes son quienes son más víctimas de violencia por parte de sus hijos.

## DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar las diferencias en la prevalencia de la violencia filio-parental según las características sociodemográficas de los adolescentes de dos Instituciones Educativas del distrito de Cerro Colorado-Arequipa, los resultados evidenciaron que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo y edad del agresor predominante, estructuras familiares y estilos educativos, a excepción del estilo educativo dirigido por la madre. Por estos resultados solo se llegó a comprobar las diferencias de este último aspecto en relación a la hipótesis planteada. A continuación se responde a los objetivos específicos:

El estudio de la VFP según su tipología, muestra que se ejerce mayor violencia psicológica que violencia física y está mayormente dirigida hacia la madre. Estos resultados se aproximan al estudio de Calvete, Gámez-Guadix, y Orue (2014), encontrando que la VFP psicológica es ejercida con más frecuencia hacia las madres que hacia los padres, pero difieren en el estudio de Villar, encontrando que existe mayor violencia física hacia la madre. Del por qué hacía la madre, lo explica Rossi, Alice y Peter (1990; en Álvarez, Sepúlveda y Espinoza, 2016) “se debe a una desigual división de las funciones de crianza ya que, al ser la madre quien cumple mayormente con esta función, esta se encontraría más expuesta a sufrir agresiones por parte de los hijos” (p.69). Y según Ibabe y Jaureguizar (2011), los hijos agresores ven a sus madres como más frágiles y accesibles.

En cuanto al sexo del agresor, el presente estudio indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en relación con el tipo de violencia que se puedan ejercer hacia los progenitores. Es decir, tanto hijos como hijas pueden ejercer una violencia física como psicológica; sin embargo, en el estudio de Estévez et al.(2014), las chicas parecen tener mayor implicación en conductas violentas, tanto hacia el padre como hacia la madre y

son los chicos quienes ejercen más violencia física hacia el padre que las chicas, en los resultados de Ibabe y Jaureguizar (2011), se ha encontrado diferencias de sexo según el tipo de violencia que ejercen contra sus padres, por lo general, los varones son más proclives a ejercer maltrato físico, mientras que las mujeres tienen más probabilidades de ejercer el maltrato emocional o verbal. Sin embargo, la mayoría de estudios concluyen que, en cuanto al sexo del agresor, no se encuentran diferencias aparentes (Villar, 2018; Contreras y Cano, 2014; Pagani, Tremblay, Nagin, Zoccolillo, Vitaro, y McDuff, 2009 y Gámez y Calvete, 2012).

En cuanto a la edad del agresor, si bien es cierto que la VFP se registra en la adolescencia (10 y 18 años), esta suele dividirse en adolescencia temprana (11 a 13 años) y adolescencia tardía (14 a 17 años). Según los resultados obtenidos de la presente investigación, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los rangos de edades considerados y el tipo de violencia ejercida; es decir, tanto en la primera adolescencia temprana y tardía, se ejerce violencia física y/o psicológica hacia sus progenitores. Estos resultados difieren de los encontrados por Cota-Robles, Neiss y Rowe (2002), sostienen que el nivel de violencia en los adolescentes es más elevado durante la “primera adolescencia”, precisando que los adolescentes que experimentan la adolescencia de manera precoz son los que presentan las conductas más extremas y que con el paso de los años los niveles de agresividad se van menguando. Por otro lado, en los resultados encontrados por Ibabe, Jaureguizar y Díaz (2007) y Ulman y Straus (2003), se registró mayor incidencia entre los 14 y 17 años argumentando que, a mayor edad, mayor es la conducta violenta. También, Walsh y Krienert (2007) han apreciado en sus estudios que a medida que aumenta la edad de los agresores, también lo hace la intensidad de sus agresiones, en parte justificado por la mayor fuerza física que poseen a medida que van creciendo.

En cuanto a la estructura familiar, ya sea nuclear, extendida o monoparental, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la VFP física y psicológica; es decir, no sobresale algún tipo de estructura familiar en el que se manifieste la VFP; sin embargo, debido a los nuevos modelos familiares, la familia nuclear ha disminuido su presencia, por lo que este tipo de agresiones suelen aparecer con mayor probabilidad en familias monoparentales en los que el mantenimiento de la autoridad se hace más difícil.

En cuanto a los estilos educativos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la VFP física y psicológica hacia el padre; por otro lado, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la violencia filio-parental física y psicológica hacia la madre. Siendo las madres que aplican un estilo permisivo o negligente, mayormente víctimas de VFP, esto puede ser entendido, a que estas, además de ser más vulnerables; en comparación con los padres que pueden representar una figura de miedo y poder, no establezcan los límites y ante la ausencia de una estructura jerárquica, ocasiona déficits en el establecimiento de normas y en la supervisión de su cumplimiento (Calvete et al., 2011 en Suarez, 2012). El abandono de las reglas de disciplina lleva a un entorno poco seguro en el que los menores adquieren una pseudoautonomía y desarrollan conductas violentas en búsqueda de los límites de los que carecen. Esto sugiere que la falta de límites puede ser un factor que explica muchas de las conductas agresivas hacia los progenitores en la sociedad actual (Howard y Rottem, 2008).

Finalmente, consideramos pertinente mencionar que la violencia como tal, genera rechazo, por lo que, en esta investigación, no descartamos que las respuestas de los posibles agresores hayan estado influenciadas de cierta deseabilidad social. Sería pertinente realizar otras investigaciones sobre este tema, considerando a los estilos educativos de los padres y estructura familiar como variables importantes a medir y relacionar. En cuanto a la muestra, considerar otros criterios de selección, como el nivel socioeconómico, adolescentes que

hayan tenido antecedentes en VFP y también considerar las razones por las se ejerció la VFP, a partir de lo cual, se llegue aún mejor conocimiento del problema.

## CONCLUSIONES

PRIMERA: La violencia filio-parental de tipo psicológica es ejercida mayormente en contra de la madre, por lo que puede inferirse que esta, es vista como la más frágil y vulnerable en comparación con la figura paterna; en consecuencia, el hijo agresor aprovecha esta condición para poder violentarla.

SEGUNDA: En cuanto al sexo del agresor, no se encontraron diferencias, concluyéndose que tanto hijos como hijas pueden ejercer una violencia física o psicológica hacia ambos padres, no enfocándose en un sexo en específico como mencionan algunos autores.

TERCERA: En relación a los rangos de edad de los agresores, no se encontró el predominio de uno de ellos, por tanto, en la adolescencia temprana y tardía se ejerce violencia física o psicológica, por lo que la madurez del adolescente no es determinante para encontrar niveles bajos o altos de violencia filio-parental.

CUARTA: En la estructura familiar, no se encontraron diferencias significativas de violencia filio-parental según el tipo de familia del que provienen los adolescentes. Es decir, no se encontró el predominio de alguno de estos tipos familiares que favorezcan o no la aparición de la VFP.

QUINTA: En cuanto a los estilos educativos que pueda practicar el padre, no se encontró el predominio de alguno de estos, en los que la violencia filio-parental se pueda manifestar; en cambio, en los estilos practicados por la madre se encontró el predominio de un estilo educativo permisivo o negligente; es decir, una madre que permita todo lo que el hijo(a) quiera, además de no establecer reglas, límites o se desatienda de los cuidados de los hijos, estos serán más proclives a cometer VFP.

## SUGERENCIAS

1. A partir de los resultados encontrados, se propone desarrollar programas de prevención de la violencia filio-parental o en su defecto, talleres y charlas que promuevan el manejo de las emociones en los adolescentes, así como el desarrollo de valores desde edades tempranas.
2. Promover la importancia de las escuelas para padres, incentivando la participación de ambos progenitores para brindarles conocimientos y técnicas que ayuden a desarrollar un mejor ambiente familiar, propicio para la educación de los menores.
3. Gestionar lazos estratégicos con diferentes instituciones como ONGs, Municipios, Universidades o empresas privadas que brinden herramientas para la intervención a estudiantes y sus familias, en pro de la reducción de la violencia.
4. Destacar la importancia de los profesionales en Psicología dentro de las Instituciones Educativas, siendo crucial su participación en la intervención de este tipo de violencia, contando con apoyo de equipos multidisciplinarios que intervengan en la problemática desde diferentes enfoques.
5. Considerar evaluar tanto a los adolescentes como a los progenitores, para corroborar la información brindada y así evitar posibles sesgos.
6. Continuar las líneas investigativas del estudio de la violencia filio-parental con diferentes diseños metodológicos y variables (personalidad, procedencia, nivel socioeconómico, etc.) con el fin de generar conocimientos que expliquen dicho fenómeno en nuestro contexto.

## REFERENCIAS

- Agnew, R. y Huguley, S. (1989). Adolescent violence toward parents. *Journal of Marriage and Family*, 51, 699-711.
- Agustina. J, Bofarul, I, Gas. M., Echeburúa, E. De Corral. P, De Paul, J. Arruabarrena, M. Romero. F, y Cuadros. D. (2010). Violencia Intrafamiliar: Raíces, factores y formas de la violencia en el hogar. Madrid, España: Edisofer.
- Agustina, R. y Romero, F. (2013). Análisis criminológico de la violencia-filio-parental. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 9, 225-266. Encontrado en: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:revistaDerechoPenalyCriminologia-2013-9-7060&dsID=Documento.pdf>
- Álvarez. A., Sepúlveda. S. y Espinoza, S. (2016). Prevalencia de la violencia filio-parental en adolescentes de la ciudad de Osorno. *Pensamiento y acción interdisciplinaria*, 59-74. Obtenido de <http://revistapai.ucm.cl/article/view/156>
- Arequipa: mato y descuartizo a su padre para quedarse con el dinero. (26 de febrero del 2018). Trome. Obtenido de <https://trome.pe/actualidad/arequipa-parricidio-dinero-video-76835>
- Aroca, C. y Garrido, V. (2005). La Máscara del Amor. Programa de Prevención de la Violencia en la Pareja. Manual de Conocimientos del Profesorado. Valencia: C. S. V.
- Aroca, C, Lorenzo, M. y Miró, C. (2014). La violencia filio-parental: un análisis de sus claves. *Anales de psicología*, 30(1), 157-170. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.149521>
- Aroca, C. (2010). La violencia filio-parental: una aproximación a sus claves (tesis doctoral). Universidad de Valencia, España. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/71030685.pdf>



- Aroca, C. (2013). La violencia de hijos adolescentes contra sus progenitores. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, 5, 12-30. Recuperado de: <https://doi.org/10.4995/reinad.2013.1571>
- Aroca, C., Bellver, C. y Alba, J. (2012). La teoría del aprendizaje social como modelo explicativo de la violencia filio-parental. *Revista Complutense de Educación*, 23(2), 487-511. Recuperado de: [https://doi.org/10.5209/rev\\_RCED.2012.v23.n2.40039](https://doi.org/10.5209/rev_RCED.2012.v23.n2.40039)
- Aroca, C., Cánovas, P. y Alba, J. (2012). Características de las familias que sufren violencia filio-parental: un estudio de revisión. *Education Siglo XXI*, 30 (2), 231-254.
- Aroca, C., y Molla, C. (2017). Menores que maltratan a sus progenitores: definición integral y su ciclo de violencia. *Anuario de Psicología Jurídica*, 28, 15-21. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apj.2017.01.001>
- Bellido, F. y Bellido, V. (2014). *Investigación Psicológica*. Arequipa, Perú: Full Copy
- Calvete, E. y Orue, I. (2016). Violencia Filio-Parental: Frecuencia y razones para las agresiones contra padres y madres. *Psicología Conductual*, 24(3), 481-495. Recuperado de: [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/06.Calvete\\_24-30a.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/06.Calvete_24-30a.pdf)
- Calvete, E. y Veytia, M. (2017). Adaptación del cuestionario de Violencia Filio-Parental en Adolescentes Mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(1), 49-60. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/327327535\\_Adaptacion\\_del\\_Cuestionario\\_de\\_Violencia\\_Filio-Parental\\_en\\_Adolescentes\\_Mexicanos](https://www.researchgate.net/publication/327327535_Adaptacion_del_Cuestionario_de_Violencia_Filio-Parental_en_Adolescentes_Mexicanos)
- Calvete, E., Gámez, M. y Orue, E. (2014). Características familiares asociadas a violencia filio-parental en adolescentes. *Anales de psicología*, 30(3), 1176-1182. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/268156244\\_Caracteristicas\\_familiares\\_asociadas\\_a\\_violencia\\_filio-parental\\_en\\_adolescentes](https://www.researchgate.net/publication/268156244_Caracteristicas_familiares_asociadas_a_violencia_filio-parental_en_adolescentes)

- Calvete, E., Orue, I. y González, J. (2017). Violencia filio parental: comparando lo que informan los adolescentes y sus progenitores. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4 (1), 9-15. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/805/80557846005/html/index.html>
- Calvete, E., Orue, I. y Sampedro, R. (2011). Violencia filio-parental en la adolescencia: características ambientales y personales. *Infancia y Aprendizaje*, 3, 63-349.
- Calvete, E., Orue, I., y Gámez, M. (2015). Reciprocal longitudinal associations between substance use and child-to-parent violence in adolescents. *Journal of Adolescence*, 44, 124-133. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.07.015>
- Calvete, E., Orue, I., y Gámez, M. (2013). Child-to-parent violence: Emotional and behavioral predictors. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(4), 755-772. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260512455869>
- Carrasco, N., García, J. y Zaldívar, F. (2018). Diferencias asociadas a la violencia filio-parental en función del tipo de familia (“normalizadas” vs “en riesgo”) y parentesco de la víctima. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(3), 30-35. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/324866722\\_Diferencias\\_asociadas\\_a\\_la\\_violencia\\_filioparental\\_en\\_funcion\\_del\\_tipo\\_de\\_familia\\_normalizadas\\_vs\\_en\\_riesgo\\_y\\_parentesco\\_de\\_la\\_victima](https://www.researchgate.net/publication/324866722_Diferencias_asociadas_a_la_violencia_filioparental_en_funcion_del_tipo_de_familia_normalizadas_vs_en_riesgo_y_parentesco_de_la_victima)
- Carrasco, S. (2015). *Metodología de la Investigación Científica*. Recuperado de [https://www.academia.edu/26909781/Metodologia\\_de\\_La\\_Investigacion\\_Cientifica\\_Carrasco\\_Diaz\\_1?auto=download](https://www.academia.edu/26909781/Metodologia_de_La_Investigacion_Cientifica_Carrasco_Diaz_1?auto=download)
- Comité Estadístico Interinstitucional de la Criminalidad. (2015). Homicidios en el Perú, contándolos uno a uno 2011 - 2014. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1289/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1289/)

- Contreras, L. y Cano, C. (2014). Family profile of young offenders who abuse their parents: a comparison with general offenders and non-offenders. *Journal of Family Violence*, 29(8), 901- 910. doi:10.1007/s10896-014-9637
- Cota, S., Neiss, M. y Rowe, D. (2002). The role of puberty in violent and non-violent Anglo American, Mexican American and African American boys. *Journal of Adolescent Research*, 17, 364-376.
- Cottrel, B. (2001). *Parent abuse: The abuse of parents by their teenage children*. Canada: The Family Violence Prevention Unit Health.
- Cottrell, B. y Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse. A qualitative overview of common themes. *Journal of Family Issues*, 25(8), 1072-1095.
- Du Bois, R. (1998). Battered Parents. Psychiatric Syndrome or Social Phenomenon? En A. Z. Shwartzberg (Ed.), *The adolescent in turmoil* (pp. 124-133). Wesport: Praeger.
- Estévez, E., Lozano, S., Jiménez, T. I., & Velilla, C. Violencia Filio-Parental: Tipo de Violencia en función del sexo en Adolescentes de Educación Secundaria. In *Proceedings of 2nd International Congress of Educational Sciences and Development (24-27 June, 2014. Granada-Spain)* (p. 21).
- Gallagher, E. (2004). Parents victimised by their children. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 25 (1), 1-12.
- Gámez-Guadix, M., Jaureguizar, J., Almendros, C. y Carrobles, J. (2012). Los estilos de socialización familiar y violencia de hijos a padres en población española. *Psicología Conductual*, 20(3), 585-602. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2012-34357-006>

- González., M. (2012). Violencia intrafamiliar: características descriptivas, factores de riesgo y propuesta de un plan de intervención (tesis Doctoral), Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/16421/1/T33906.pdf>
- Guzmán, F. (2015). Violencia de género en adolescentes: análisis de las percepciones y de las acciones educativas propuestas por la junta de Andalucía (tesis Doctoral), Universidad de Sevilla, España. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11441/36522>
- Harbin, H., Madden, D. (1979). Battered parents: a new syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 136 (10), 1288-1291.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill.
- Howard, J. y Rottem, N. (2008). It all starts at home. Male adolescent violence to mothers. *Inner Community Health Service Inc and Child Abuse Re-search*. Australia: Monash University.
- Huancayo: cuando los hijos son los que castigan a la madre. (9 de mayo del 2015). Correo. Obtenido de <https://diariocorreo.pe/peru/cuando-los-hijos-son-los-que-castigan-a-la-madre-586129>
- Ibabe, I. y Bentler, P. (2015). The contribution of family relationships to child-to-parent violence. *Journal of family violence*, 31(2), 259-269.
- Ibabe, I. (2015). Predictores familiares de la violencia filio-parental: el papel de la disciplina familiar. *Anales de psicología*, 31(2), 615-625. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.174701>
- Ibabe, I. y Jaureguizar, J. (2011). ¿Hasta qué punto la violencia filio-parental es bidireccional? *Anales de Psicología*, 27(2), 77-265. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720051001>

- Ibabe, I., Arnoso, A., y Elgorriaga, E. (2014). Behavioral problems and depressive symptomatology as predictors of child-to-parent violence. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 6(2), 53-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpal.2014.06.004>
- Ibabe, I., Jaureguizar, J. y Díaz, O. (2007). Violencia filio-parental: Conductas violentas de jóvenes hacia sus padres. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado de: [http://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/violencia\\_filio\\_parental/eu\\_vifilpar/adjuntos/Violencia\\_Filio-Parental.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/violencia_filio_parental/eu_vifilpar/adjuntos/Violencia_Filio-Parental.pdf)
- Lauren, A., Derry, A. (1999). «Violence of French adolescents toward their parents». *Journal of Adolescent Health*, 25 (1) 21-26.
- Laurent, A. (1997). À propos des adolescents où les parents sont battus par leur enfant. *Archives de Pédiatrie*, 4, 468-472.
- Lenti, M., y Rodríguez, M. (2012). Violencia filio parental y su dimensión estructural (tesis de master), Universidad autónoma de Barcelona, Lima, Perú. Recuperado de: <https://docplayer.es/17155922-Violencia-filio-parental-y-su-dimension-estructural-segun-sistema-familiar-en-adolescentes-resumen.html>
- Lima: crimen en la molina condenan a adolescente parricida a 6 años de reclusión. (19 de octubre del 2014). Peru21. Obtenido de <https://peru21.pe/lima/crimen-molina-condenan-adolescente-parricida-6-anos-reclusion-191467>
- Martínez, M., Estévez E., Jiménez, T. y Velilla, C. (2015). Violencia Filio-Parental: Principales características, factores de riesgo y claves para la intervención. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 216-223. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2615.pdf>

- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2019). *Boletín estadístico*. Recuperado de [https://www.mimp.gob.pe/files/programas\\_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin\\_abril\\_2019/BV\\_Abril\\_2019.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin_abril_2019/BV_Abril_2019.pdf)
- Musitu, G. y García, J. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*, 16: 93-288. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1196>
- Navarro, J. (2017). *“Criando Cuervos” La Violencia Filioparental y el Efecto Werther*. (Tesis de maestría). Recuperado de <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Navarro-J-Trab-3online16.pdf>
- Nebot, A. (2013). El fenómeno de la violencia filio-parental: un proyecto de prevención, (tesis de maestría), España. Recuperado de: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/506-2014-05-17-tfmfinalnebot-seguridad.pdf>
- Nogueira, F. (2015). Violencia silenciosa: As agressões de filhos contra pais. BBC Brasil. Recuperado de: [http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/03/150312\\_filhos\\_pais\\_agressao\\_fn](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/03/150312_filhos_pais_agressao_fn)
- Omer, H. (2004). *Nonviolent Resistance. A New Approach to Violent and Self-Destructive Children*. Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- Omer, H. (2007). The loving fight: coaching the parents of violent and self destructive children in non-violent resistance. VI Congress of Efta. Glasgow.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, DC. Obtenido de [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)

- Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida y Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Seen but Not Heard: Very young adolescents aged 10–14 years*, ONUSIDA, Ginebra, 2004, págs. 5–7.
- Pagani, L., Tremblay, R.E., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F. y McDuff, P. (2009). Risk factor models for adolescent verbal and physical aggression toward fathers. *Journal of Family Violence*, 24(3), 173-182. doi: 10.1007/s10896-008-9216-1
- Paterson, R., Luntz, H., Perlesz, A. y Cotton, S. (2002). Adolescent violence towards parents: maintaining family connections when the going gets tough. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 23(2), 90-100.
- Pereira, R. (2006). Violencia filio-parental. Un fenómeno emergente. *Mosaico*, 36, 8-9. Recuperado de: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v14n1/v14n1\\_a07.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v14n1/v14n1_a07.pdf)
- Pereira, R. (2011). *Psicoterapia de la violencia filio-parental. Entre el secreto y la vergüenza*. España, Editorial Morata.
- Pereira, R. (2017). Violencia filio-parental: factores que favorecen su aparición. *Revista Construção Psicopedagógica*, 25(26), 5-16. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v25n26/02.pdf>
- Pereira, R., y Bertino, L. (2009). Una Comprensión Ecológica de la Violencia Filio Parental. *Redes*, (21), 69-90. Recuperado de: [http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Una\\_compr\\_ecol%C3%B3g\\_de\\_la\\_VF\\_P.pdf](http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Una_compr_ecol%C3%B3g_de_la_VF_P.pdf)
- Pérez, T. y Pereira, R. (2006). Violencia filio-parental: revisión de la bibliografía. *Revista Mosaico*, 36, 1-13. Recuperado de: <http://www.robertopereiratercero.es/articulos/ViolenciaFilioParental.pdf>

Piura: menor confiesa que mato a su madre por celos y rencillas. (17 de marzo del 2018).

Peru21. Obtenido de <https://peru21.pe/peru/menor-confiesa-mato-madre-celos-rencillas-piura-399932>

Rechea, C., Fernández, E. y Cuervo A. L. (2008). Menores agresores en el ámbito familiar.

Centro de Investigación en Criminología. 15, 1-80. Recuperado de <http://www.uclm.es/criminologia/pdf/15-2008.pdf>

Rodríguez, A. (2014). Análisis de la violencia filio-parental en la Comunitat Valenciana, (tesis doctoral). Universidad de Valencia, España.

Rodríguez, N. (2017). Estudio de violencia filioparental: análisis de un caso del juzgado de

menores (tesis de pregrado). Universitat Jaume I, España. Recuperado de: [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/169339/TFG\\_2017\\_RodriguezEgea\\_Natalia.pdf?sequence=1](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/169339/TFG_2017_RodriguezEgea_Natalia.pdf?sequence=1)

Romero, F., Melero, A., Cánovas, C. y Antolín, M. (2005). Violencia de los jóvenes en la familia. Barcelona, España.

Rondón, L. M., (2011). Nuevas formas de familia y perspectivas para la mediación. El

tránsito de la familia modelo a los distintos modelos familiares. Congreso Internacional en Mediación y Conflictología: Cambios sociales y perspectivas de la mediación para el siglo XXI. Sevilla: UNIA. Recuperado de <http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/1687/4Rondon.pdf?sequence=1>

Rosado, J., Rico, E. y Cantón, D. (2017). Influencia de la psicopatología en la comisión de

violencia filio-parental: diferencias en función del sexo. *Anales de Psicología*, 33(2), 243-251. Recuperado de

[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)



- Sanmartín, J. (2007). ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia. *Revista de Filosofía*, 42, 9-21. Recuperado de: <https://revistas.um.es/daimon/article/view/95881>
- Sears, R., Maccoby, E. y Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing*. Row & Peterson: Illinois.
- Sempere, M., Losa, B., Pérez, M., Esteve, G. y Cerda, M. (2007). Estudi qualitatiu de menors i joves amb mesures d'internament per delictes de violència intrafamiliar. 28, 196-321.
- Serrano, A. (2006). Acoso y violencia en la escuela. Cómo detectar, prevenir y resolver el bullying. Barcelona, España. Ariel.
- Serrano, A. (2006). Violencia en las aulas. Una fractura en la socialización. *Diario de Campo*, 40, 61-66.
- Suárez, B. (2012). Violencia filio-parental: aproximación a un fenómeno emergente. *Revista de humanidades y ciencias sociales*, (11), 107-73.
- Ulman, A., Straus, M. A. (2003). Violence by children against others in relation to violence between parents and corporal punishment by parents. *Journal of Comparative Family Studies*.
- Villar, L. (2018). La autopercepción de la violencia filio parental en adolescentes de secundaria de una institución educativa pública y privada en el distrito de los Olivos (Tesis de pregrado), Universidad Privada del Norte, Lima, Perú.
- Violencia familiar: En 5 años Perú registró más de 851 mil casos (31 de marzo de 2015). *Radio programas del Perú*. Recuperado de <https://rpp.pe/lima/actualidad/violencia-familiar-en-5-anos-peru-registro-mas-de-851-mil-casos-noticia-783138>

Walsh, J. A. y Krienert, J. (2007). Child-Parent Violence: An empirical analysis of offender, victim and event characteristics in a National Sample of Reported Incidents.

Journal Family Violence, 22(5), 563-574.

Webster, A. (2008). Adolescent to parent abuse: an overview. *CDF Reader*, 7 (1), 4-8.

# ANEXOS

### CUESTIONARIO DE VIOLENCIA FILIOPARENTAL

Indica con qué FRECUENCIA has hecho las siguientes cosas a tu madre o a tu padre en el ÚLTIMO AÑO:

Nunca	Rara vez (1 ó 2 veces)	A veces (entre 3 y 5 veces)	Con frecuencia (6 ó más veces)
0	1	2	3

DESCRIPCIÓN	A tu madre				A tu padre			
1. Le has gritado cuando estabas enfadado	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Le has amenazado con pegarle aunque no llegaste a hacerlo	0	1	2	3	0	1	2	3
3. Le has empujado o pegado en una pelea	0	1	2	3	0	1	2	3
4. Le has golpeado con algo que podía hacer daño	0	1	2	3	0	1	2	3
5. Le has insultado o dicho palabrotas	0	1	2	3	0	1	2	3
6. Le diste una patada o puñetazo	0	1	2	3	0	1	2	3
7. Le has chantajeado para conseguir lo que querías	0	1	2	3	0	1	2	3
8. Le has cogido dinero sin permiso	0	1	2	3	0	1	2	3
9. Has hecho algo para fastidiarle	0	1	2	3	0	1	2	3
10. Has desobedecido en algo que te pidió y era importante para él/ella	0	1	2	3	0	1	2	3

## FICHA SOCIO-DEMOGRÁFICA

Lea atentamente las siguientes preguntas y responda con total sinceridad, recuerde que sus respuestas serán confidenciales, es decir, no serán reveladas a ninguna persona.

Si surge alguna pregunta mientras realizas el cuestionario levanta la mano y le

Estudio en:

I.E Nacional

I.E Particular

Marco en el recuadro donde corresponda mi edad:

11,12 o 13 años

14,15,16 o 17 años

Mi sexo es

Masculino

Femenino

1. Mi familia está compuesta por: (Marca solo una respuesta)

- a. Mamá, Papá e hijos (      )
- b. Mamá o Papá e hijos (      )
- c. Papás, hijos, abuelos y otros familiares (      )
- d. Otros (      )

2. Mis papás en casa al educarme son: (Marca solo una respuesta)

	Mamá	Papá
<b>a. Padre autoritario:</b> Me dicta cómo se deben hacer las cosas, impone normas y no acepta cuestionarlas. No acepta otra manera de hacer las cosas de manera diferente a la suya. Me aplica castigos que a menudo son desproporcionados a mi conducta. Me muestra bajo afecto y alta exigencia.		
<b>b. Padre democrático:</b> Me escucha en mis necesidades, pone límites y normas, dando refuerzos positivos cuando las cumplo y castigos proporcionados cuando no las respeto. Se muestra afectivo y con alto grado de exigencia.		
<b>c. Padre negligente:</b> No se implica demasiado en mi educación. Me da completa libertad para tomar mis propias decisiones. No suele recurrir al castigo como herramienta educativa y las normas son inexistentes. Me muestra bajo afecto y bajo nivel de exigencia		
<b>e. Padre permisivo:</b> Me muestra una actitud de sobreprotección, cree que me ayuda cuando hace por mí las cosas. Muestra mucho afecto y poca exigencia. No te suelen poner límites.		

*Gracias por tu participación*

# CASOS CLÍNICOS

## ÍNDICE DE CASOS

<b>CASO CLÍNICO I .....</b>	<b>1</b>
ANAMNESIS .....	2
EXAMEN MENTAL .....	12
INFORME PSICOMÉTRICO .....	17
INFORME PSICOLÓGICO .....	23
PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO.....	28
ANEXOS.....	44
<b>CASO CLÍNICO II.....</b>	<b>48</b>
ANAMNESIS .....	49
EXAMEN MENTAL .....	57
INFORME PSICOMÉTRICO .....	60
INFORME PSICOLÓGICO .....	64
PLAN PSICOTERAPÉUTICO.....	69
ANEXOS.....	75

# CASO CLÍNICO I



## **ANAMNESIS**

### **I. DATOS DE FILIACIÓN**

Nombre	: M.T.M
Edad	: 18 años
Sexo	: Masculino
Fecha de nacimiento	: 13/10/1999
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Universitario
Estado civil	: Soltero
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católico
Informante	: El Paciente
Lugar de evaluación	: Consultorio UNSA
Fecha de entrevista	: 03/05/2018
Evaluada	: Lizbeth Quispe Lázaro

### **II. MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente refiere sentirse triste en todo momento del día, lo que ocasiona que llore constantemente, no sabiendo qué hacer con su vida.

### **III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL**

El paciente hace aproximadamente un año se siente triste, aislado, no se relaciona con sus padres, ni demás familiares, esto a partir del término de su secundaria y el alejamiento de sus amigos. Durante su periodo escolar era todo diferente, ya que se

sentía aceptado por sus compañeros, aunque evitaba estar en casa debido al cuestionamiento constante de sus padres por su conducta y hábitos no adecuados “comunes de la adolescencia”, como por ejemplo el querer estar solo en su habitación escuchando música.

Durante su etapa escolar, nunca pensó en el futuro, por lo que el terminar sus estudios trajo consigo inestabilidad emocional y ansiedad, no sintiéndose orientado y viendo cómo sus amigos al parecer sabían lo que querían, sin complicaciones.

En el año 2017, (al año siguiente de su salida del colegio) postuló a la universidad a la carrera de ingeniería civil, pero no ingresó, posterior a ello postuló a ingeniería eléctrica donde obtuvo el primer lugar. Una constante en el paciente es que postulaba a carreras de ingenierías, esto debido a la influencia de su madre, que considera las demás carreras como “mediocres”.

Además de ello, se siente inseguro de su apariencia física, teniendo una fijación por lo “grande y ancha” de su nariz, creyendo que todas las personas notan su “defecto”, es por esto que, en la búsqueda del origen de sus inseguridades, su baja autoestima y su mala relación con su pareja, a la que ve 3 veces al mes y por minutos, cree que, si se operara su nariz, solucionaría en gran medida sus conflictos.

Aproximadamente desde el mes de febrero, esta sensación de tristeza se intensificó al enterarse que su pareja hace algún tiempo, cuando se habían alejado por unos meses, había tenido una relación con un compañero de academia. Lo que fue guardando y no enfrentó en su momento.

Actualmente, cursa el primer semestre de ingeniería eléctrica donde no se siente a gusto, siente presión de ir, de cumplir, siente además que no sabe qué hacer con su vida, no tiene metas y lo mortifica el miedo de nunca ser feliz. Ha experimentado

presión de pecho, dolores estomacales y dolores de cabeza. Lloro sin motivo aparente en cualquier lugar y siente miedo al ir a clases.

En oportunidades ha pensado dejar su carrera, pero se siente presionado por su familia y por la edad que tiene, ya que considera que perdió mucho tiempo y tampoco sabe para qué es bueno.

Esta sensación de tristeza ha hecho que se acerque más a su mamá, en oportunidades ha dormido con ella (ya que tiene pesadillas) y le cuenta cómo se siente, pero aún persiste el miedo hacia su reacción si le comenta que quiere dejar su carrera (miedo a que no lo apoye o bote de la casa); así también, a partir de que se intensificó su malestar ha reflexionado sobre sus malas acciones hacia su familia y siente mucha culpa por las veces que no supo ser buen hijo.

#### **IV. ANTECEDENTES PERSONALES**

##### **PERIODO DEL DESARROLLO**

###### **Etapas Pre-natal**

Paciente fue un hijo no planificado por la edad ya avanzada de los padres (principalmente papá) pero aceptado y esperado. La madre mantuvo un buen cuidado físico y alimenticio durante el periodo de gestación que duró 9 meses.

###### **Etapas Natal**

La madre tuvo atención hospitalaria en el proceso de parto. Fue un parto por cesárea, no presentando complicaciones en el parto. El paciente tuvo peso, talla adecuada y un buen estado de salud, según la puntuación de APGAR.

###### **Etapas Post Natal**

El paciente siempre tuvo la atención de su madre, su padre era policía y no tenía mucho tiempo para compartir con él. Empezó a dar sus primeros pasos al año y

medio de haber nacido y hablar alrededor de los dos años. Le costó controlar esfínteres.

Desde niño tuvo problemas para relacionarse con sus semejantes. Tendía a compartir más con sus primos más allegados y hermanos mayores.

### **Etapas Pre- Escolar y Escolar**

Ingresó a educación inicial a los 3 años, tuvo complicaciones para adaptarse al medio, pero a las semanas logra ir al colegio sin complicaciones. Desde pequeño fue un alumno destacado, esto debido a la ayuda de su madre de profesión maestra, que siempre lo apoyaba.

A los seis años de edad, ingresó al nivel primario en un colegio particular, donde no tuvo complicaciones en el ámbito académico, pero se vio marcada esa poca habilidad para relacionarse con sus compañeros. Es en el nivel secundario (segundo año) que empieza a unirse a grupos y se siente bien de ser aceptado. Empezó a “soltarse”, era bromista y tenía relaciones pasajeras por “presión de grupo” “nada relevante”. Dejó de dedicarse íntegramente a sus estudios, pero aún así sacaba buenas notas, sobre todo en números.

Empezó a cambiar con sus padres, ya que se sentía recriminado por cómo se estaba comportando. Es donde decide pasar el menor tiempo posible en casa y por el ritmo del colegio pre universitario en el que estudiaba, llegaba de noche a su casa o se iba a jugar con sus amigos.

A pesar que había mejorado notablemente sus relaciones amicales, aún sentía muchas inseguridades y miedos. Pero lograba manejarlas al estar con sus amigos.

Al terminar el colegio, todo marchaba bien. Pero es al pasar de los meses cuando cada uno de sus ex compañeros van tomando un rumbo diferente y más aún al

enterarse que su mejor amigo viajaría al extranjero a vivir con sus padres, que todo lo que le había costado construir, se desmorona y sus inseguridades vuelven a surgir, ahora acompañados por la sensación de no saber qué hacer con su futuro, ya que nunca lo pensó y al parecer sus amigos sí.

Por presión de su madre ingresó a la academia, estuvo un mes y lo dejó ya que no se sentía a gusto y decide estudiar en casa. Después por exigencia de su hermano que es profesor vuelve a retomar la academia al no lograr ingresar, pero lo deja nuevamente a las semanas argumentando que no le gusta la academia y que ya sabe todos los temas.

Sin tomar mayor conciencia sobre qué estudiar, en su próximo examen postula a la carrera de ingeniería eléctrica, donde ingresa en primer lugar y es la carrera que estudia actualmente. Con el fin de ocupar su mente y no estar en casa, también estudia inglés.

### **Desarrollo y función sexual**

El paciente empezó a notar cambios físicos a los 13 años aproximadamente, siendo el más notorio para él, el cambio de su timbre de voz que empezó a ser más aguda hasta la actualidad.

Recibió escasa información sobre educación sexual en su centro educativo y mínimamente de parte de sus padres. No refiere haber experimentado la masturbación, ya que le parece que no es adecuado.

En secundaria, tuvo relaciones pasajeras de semanas que no fueron importantes para él, ya que solo era por seguir la presión de sus amigos, las cuales nunca pasaron de besos.

Cuando uno de sus hermanos se casa, conoce a la hermana de su cuñada por quien se siente atraído, pero por miedo al rechazo no logra intentar hablar con ella. Es al terminar el colegio que se le declara, sin embargo, su relación no era estable ya que se veían pocas veces al mes y por minutos, además se podían distanciar por meses y daban por terminada la relación. Es ahí donde su pareja tiene una relación con un compañero de academia, situación que hoy en día mortifica al paciente. Nunca mantuvo relaciones coitales.

### **Historia de la recreación y de la vida**

Paciente no tiene actividades de recreación actualmente por sus deberes en la universidad, el factor económico y la tristeza que lo embarga; aunque le gustaría tener una bicicleta y salir de paseo.

Durante su niñez jugaba generalmente solo o con sus primos más cercanos y en secundaria gustaba de compartir con sus amigos horas de videojuegos, al salir del colegio.

### **Actividad Laboral**

Ha trabajado solo en una oportunidad por 5 meses, obligado por su mamá como especie de castigo por no haber ingresado a la universidad. Trabajando con un familiar en una mina informal “moliendo mineral”.

El trabajo era muy arduo, pero recibía buena remuneración, solo se limitaba a realizar su trabajo inhibido en sí mismo. Es por esta experiencia, que se vio obligado a estudiar sin importar qué, ya que le desagradaba esa situación.

### **Religión**

Paciente no ha tenido durante su época del colegio ninguna preferencia por alguna religión. Es durante su época de academia que por influencia de su hermano y

enamorada, sumado su estado psicológico decide formar parte de una iglesia evangélica. Donde con la orientación de los pastores y oración logra una tranquilidad pasajera. Actualmente, sigue siendo parte de esa comunidad.

### **Hábitos e influencias nocivas o tóxicas**

Desde joven no tuvo una vida ordenada. En su etapa de educación primaria su madre estaba más pendiente de sus deberes, pero es en el nivel secundario que por su cambio de conducta ya deja muchos hábitos de lado y todas las recomendaciones de su madre la ve como “ataques”. No ordenaba su cuarto, no comía a las horas indicadas y no dormía lo suficiente. Quedándose despierto hasta altas horas de la noche.

Actualmente las conductas mencionadas persisten con la diferencia que su sueño se ve perjudicado por los miedos que lo atormentan, se despierta mínimo dos veces por la noche con esa sensación de miedo, tiene pesadillas de vez en cuando, donde se manifiestan sus temores. Despierta sudoroso y es donde recurre a su mamá para buscar consuelo. En una oportunidad su madre acudió a él por un grito que emitió en la madrugada a consecuencia de una pesadilla.

Pocas veces ha consumido alcohol con sus amigos de colegio, pero nunca ha llegado a embriagarse.

## **V. ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES**

### **Enfermedad y accidentes**

El paciente no ha sufrido enfermedades y accidentes significativos.

### **Personalidad pre mórbida**

En su niñez era muy tranquilo, tendía a realizar actividades solo o con personas muy cercanas a él. De su madre recibía todo el apoyo, pero su padre fue ausente. Siempre

sentía miedo a las personas, pero en secundaria logró controlar ese miedo siendo parte de un grupo de amigos. En esta época fue egoísta, ansioso, influenciado por sus compañeros y vivía el presente.

Hoy en día, ha reflexionado sobre todas las cosas inadecuadas que ha hecho con sus amigos, padres y demás. Siente que ha hecho mucho daño y nunca se preocupó por nada. Desea ser perdonado por su comportamiento y darle rumbo a su vida.

## **VI. ANTECEDENTES FAMILIARES**

### **Composición familiar**

La familia nuclear del paciente está compuesta por sus padres y dos hermanos mayores. Sus padres son casados; su madre maestra (ejerce) y su padre policía (jubilado). Su padre lleva a su madre por 20 años, teniendo actualmente 71 y 51 años respectivamente. Los dos hermanos son mayores, uno de 28 y otro de 35.

Su hermano mayor trabaja en otra ciudad, siendo de profesión ingeniero químico y solo en oportunidades visita a sus padres y su otro hermano ingresó a la carrera de ingeniería civil, pero al año de iniciado sus clases lo deja y empezó a desempeñarse como profesor de matemáticas en una academia preuniversitaria hasta la actualidad, generando disgusto en la madre y más aún al casarse con una joven que no era de su agrado. Es por esta razón que su contacto con su madre tampoco es cercano.

### **Dinámica familiar**

Actualmente, vive solo con sus padres; su madre lo apoya, quiere que mejore su estado, pero persiste en que estudie su carrera actual, ya que tiene que estudiar alguna ingeniería o por último derecho. Afirmando que “esas cosas de orientación vocacional no sirven”. En cuanto a su padre, por la gran diferencia de edad que existe entre padre e hijo (18-71) no se relaciona mucho con él. Su padre está pendiente de otros asuntos



y no sabe nada al respecto de la situación de su hijo. Su hermano mayor, tampoco sabe de la situación por la que pasa el paciente, por la poca frecuencia que tiene de visitarlos, sin embargo su otro hermano con su esposa trata de apoyarlo, aconsejarlo, lo invita a su casa y a su comunidad religiosa, evitando ir a la casa de sus padres por la mala actitud de su madre hacia su esposa y hacia su ocupación.

### **Condición socioeconómica**

A pesar de que ambos padres son profesionales y reciben un sueldo estable, el paciente no tiene muchas comodidades y no le dan con facilidad las cosas que él quisiera.

### **Antecedentes familiares patológicos**

No tiene mucho contacto con sus demás familiares, no conociendo antecedentes de problemas psicológicos o psiquiátricos.

## **VII. RESUMEN**

Paciente tuvo un desarrollo prenatal y natal normal. Hijo de padres de avanzada edad y con hermanos varones mayores. Desde temprana edad se vio marcada su poca capacidad para relacionarse, pero en el nivel secundario logra integrarse a un grupo, situación que lo hace “soltarse”.

Al terminar los estudios secundarios, sus inseguridades vuelven a tomar protagonismo, se siente presionado por su madre para que estudie alguna carrera de ingeniería a lo que decide obedecer. En esta etapa tiene por primera vez una pareja formal, pero presentan complicaciones. Además, se siente inseguro de su apariencia física.

Desde el mes de enero del presente año, después de haber ingresado a la universidad, se han intensificado sus malestares, esto debido a una aparente infidelidad de su

pareja. Sumado a ello, no se siente a gusto en la universidad, siente miedo, presión de ir, de cumplir, siente además que no sabe qué hacer con su vida, no tiene metas y lo mortifica el miedo de nunca ser feliz, experimentando presión de pecho, dolores estomacales, pesadillas, dolores de cabeza y llanto sin motivo aparente.

En oportunidades ha pensado dejar su carrera, pero siente miedo a la reacción de su madre y por la edad que él tiene. Sin embargo, esta situación ha hecho que se acerque más a ella, buscando ayuda.

03 de mayo de 2018

---

Bach. Lizbeth Quispe Lázaro

## **EXAMEN MENTAL**

### **I. DATOS DE FILIACIÓN**

Nombre	: M.T.M
Edad	: 18 años
Sexo	: Masculino
Fecha de nacimiento	: 13/10/1999
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Universitario
Estado civil	: Soltero
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católico
Informante	: El Paciente
Lugar de evaluación	: Consultorio UNSA
Fecha de entrevista	: 05/05/2018
Evaluadora	: Lizbeth Quispe Lázaro

### **II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO**

Paciente aparenta edad que refiere, de tez blanca, contextura delgada y altura promedio de 1.70 cm. Posee regular estado de higiene, con cabello desordenado que cubre gran parte de su frente. Denota pérdida de peso, tristeza, angustia, dolor, culpa y llanto constante en sus narraciones, además de nerviosismo reflejado en sudoración de manos, frente y con el hecho de morder sus uñas. Su tono de voz es débil y

apagado, habiendo dificultad para poder entender lo que manifiesta, ya que se mezcla con su llanto.

Postura encorvada, marcha lenta, pero receptivo a las indicaciones que se le emite, tratando de escuchar y comprender todo lo que se le dice y/o indica con actitud amable.

### **III. CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN**

#### **Conciencia o estado de alerta**

Paciente se mantiene en estado de alerta, con ligera somnolencia.

#### **Atención**

El paciente en las dos primeras sesiones no enfocaba con facilidad su atención demorando más de lo habitual en entender algunas pruebas.

Manifiesta que en clase le cuesta mantener su atención. Presenta algunas fluctuaciones en su estado de atención que influye en la comprensión de lo que se le indica en determinadas oportunidades.

#### **Orientación**

Paciente totalmente orientado en lugar, tiempo y espacio; consigo mismo y demás personas.

### **IV. CURSO DEL LENGUAJE**

Lenguaje oral, comprensivo y expresivo conservado; aunque en oportunidades su velocidad disminuye cuando habla de temas que lo entristecen.

### **V. PENSAMIENTO**

El paciente desde enero de este año posee pensamientos pesimistas sobre su estado, lo mortifica la idea de vivir siempre con esos sentimientos de desesperación, aunque refiere nunca haber intentado ni pensado en el suicidio.

Evita estar en casa porque se siente solo. Cuando está en la universidad, el miedo se manifiesta con mayor intensidad. Tiene “miedo de no ser normal”.

No se considera un chico atractivo, piensa que si se operara la nariz, solucionaría sus problemas de confianza refiriendo a esto: “¿es tonto no?”, aunque al momento de la evaluación, indica no darle mucha importancia a ese aspecto.

Por otro lado, piensa que en la relación que tiene con su enamorada, las cosas no marchan bien por su falta de seguridad y capacidad de confrontarla respecto a su infidelidad. Considera este hecho como una traición refiriendo, “no me supo esperar”.

## **VI. PERCEPCIÓN**

Paciente refiere que su nariz es “muy ancha y grande” para su cara. Se avergüenza, porque piensa que todo el mundo nota su defecto y cree que se burlan o burlarán de él. Aunque refiere que ya no le da la importancia de antes, ya que desea aprender a aceptarse.

## **VII. MEMORIA**

El paciente no presenta alteraciones en su memoria. La memoria a largo plazo no presenta alteraciones referentes al recuerdo, puede recordar hechos autobiográficos con claridad, en cuanto a la memoria de corto plazo, este se encuentra conservada, puede recordar hechos inmediatos, al igual que su memoria conceptual.

## **VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL**

Posee capacidad de comprensión, interpreta refranes simples, con conocimientos generales adecuados a su formación académica y capacidad para realizar operaciones aritméticas simples y complejas, además de pensamiento abstracto normal.

**IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS**

Paciente refiere encontrarse triste gran parte del día, donde de forma inexplicable siente necesidad de llorar, además de desesperación por no saber qué hacer y cómo lograr su bienestar; por las noches tiene insomnio, pesadillas y no encuentra motivaciones en su vida, aunque el suicidio está fuera de sus pensamientos. Su lenguaje corporal y facciones van acorde con sus narraciones

**X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD**

Es consiente que tiene un problema en relación a su autoestima y el no conocer sus capacidades e intereses, situación que está perjudicando emocionalmente, académicamente y socialmente. Considera que con ayuda psicológica puede mejorar su situación y está dispuesto a seguir las indicaciones dadas en pro de su bienestar.

**XI. RESUMEN**

Paciente denota regular estado de higiene, pérdida de peso, llanto constante y nerviosismo en sus narraciones; con tono de voz débil y apagada. Presenta postura encorvada, marcha lenta, pero receptivo y atento a las indicaciones que se le emite. Mantiene su estado de alerta, con ligera somnolencia, sin embargo, indica que en clase le cuesta mantener su atención y se distrae con facilidad.

Totalmente orientado en lugar, tiempo y espacio, con lenguaje oral, comprensivo y expresivo conservado. No presenta alteraciones en su memoria, además de poseer capacidad de comprensión y pensamiento abstracto.

Desde enero de este año posee pensamientos pesimistas sobre su estado, sintiendo desesperación, sin pensar en el suicidio. No tiene un buen concepto de sí mismo, considerándose poco atractivo. Por otro lado, piensa que en la relación que tiene con su enamorada, las cosas no marchan bien por su falta de seguridad y carácter.

Paciente se encuentra triste gran parte del día, donde de forma inexplicable siente necesidad de llorar; por las noches tiene insomnio, pesadillas y no encuentra motivaciones en su vida. Es consiente que tiene un problema en relación a su autoestima y el no conocer sus capacidades e intereses.

05 de mayo de 2018

---

Bach. Lizbeth Quispe Lázaro

## INFORME PSICOMÉTRICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre	: M. T.M
Edad	: 18 años
Sexo	: Masculino
Fecha de nacimiento	: 13/10/1999
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Universitario
Estado civil	: Soltero
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católico
Informante	: El Paciente
Lugar de evaluación	: Consultorio UNSA
Fecha de entrevista	: 10/05/2018, 12/05/2018
Evaluadora	: Lizbeth Quispe Lázaro

### II. OBSERVACIONES GENERALES

Paciente se muestra receptivo a las indicaciones dadas. Denota nerviosismo, manifestado en la sudoración de frente, manos y al morderse las uñas. Pregunta de forma reiterativa sobre las indicaciones hasta que logre entender en su totalidad, sin embargo, demora más de lo esperado para resolver los cuestionarios, presentando inseguridad en sus respuestas, observa para ver las actitudes de la evaluadora esperando actitudes de aprobación o desaprobación.



### III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

#### Test Psicológicos

- Inventario Multifásico de la Personalidad MINI-MULT.
- Escala de Zung para depresión
- Escala de Zung para ansiedad

### IV. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:

#### *Inventario Multifásico de la Personalidad MINI-MULT.*

##### a. Interpretación Cuantitativa:

	<b>L</b>	<b>F</b>	<b>K</b>	<b>Hs</b> <b>+5K</b>	<b>D</b>	<b>Hi</b>	<b>Dp</b> <b>+4k</b>	<b>Pa</b>	<b>Pt</b> <b>+1k</b>	<b>Sc</b> <b>+1k</b>	<b>Ma</b> <b>+2k</b>
<b>PD</b>	1	6	6	9	16	14	13	5	14	12	6
<b>MM</b>	4	16	14	20	42	32	32	1	34	35	18
<b>+ K</b>				7			6		14	14	3
	4	16	14	27	42	32	38	14	48	49	21
<b>PT</b>	<b>50</b>	<b>80</b>	<b>53</b>	<b>90</b>	<b>111</b>	<b>78</b>	<b>95</b>	<b>67</b>	<b>101</b>	<b>101</b>	<b>60</b>
	<b>±</b>	<b>+</b>	<b>±</b>		<b>2</b>				<b>6</b>	<b>7</b>	

##### b. Interpretación Cualitativa:

#### **Interpretación de la Combinación de las escalas de validación $\pm + \pm$ :**

Paciente denota una vivencia exagerada de sus problemas, los que experimenta de una fuerte tensión externa, a la vez la sensación de tener que resolver la mayoría de ellos lo frustran en gran medida; presenta tendencia a

ser bastante autocrítico y el intento de ajustarse a lo que socialmente se espera de él.

### **Interpretación de la combinación de las escalas significativas**

#### **2-6**

Presencia de inseguridad y sentimientos de culpa, con la tendencia de proyectar las propias sensaciones de incapacidad hacia el ambiente, ya que se percibe en una situación muy limitante y con muchas presiones que le impide realizar sus planes y entorpece su desarrollo. Paciente con gran sensibilidad y temor a las críticas.

#### **2-7**

Paciente posee niveles de inseguridad muy altos, dando lugar a frecuentes manifestaciones de depresión que surgen cuando experimenta la frustración de no alcanzar las propias metas y de no cubrir sus expectativas. Por consiguiente, el pesimismo es una característica importante su personalidad y esta propiciado por una intensa angustia, considerándose inferior y desvalorado.

### **Interpretación de las Escalas Clínicas:**

**1. Hipocondriasis (Hs):** Paciente posee fatiga funcional, debilidad, dolores y malestares en cuanto a digestión. Además de problemas relacionados al pensamiento y sueño.

**2. Depresión (D):** El puntaje obtenido muestra un grado de depresión elevado, preocupación extrema y pesimismo. Paciente caracterizado por indecisión, aislamiento e insomnio.

**3. Histeria (Hi):** La evaluación muestra a una persona con tendencia a desarrollar síntomas convencionales después de periodos prolongados de tensión como cefaleas dolor de pecho y de espalda. Además de ser inseguro e inmaduro.

**4. Desviación Psicopática (Dp):** Paciente conformista pasivo y reservado.

**6. Paranoia (Pa):** Características como la autocrítica y la preocupación por los problemas más insignificantes. Manifestando ansiedad, indecisión y tensión

**7. Psicastenia (Pt):** La elevación de esta escala sugiere un elevado nivel de temores, posibilidad de obsesiones, sentimientos de culpa ansiedad y tensión que imposibilitan la vida rutinaria.

**8. Esquizofrenia (Sc):** El puntaje muy elevado denota que el paciente es socialmente introvertido, se relaciona muy pobremente. No sabe qué es lo que se espera de él aún en relaciones muy sencillas.

**9. Hipomanía (Ma):** La puntuación obtenida en esta escala muestra que el paciente es particularmente amable, agradable. Interesado en muchos aspectos de su vida.

### *Escala de Zung para depresión*

#### **a) Interpretación cuantitativa**

<b>Puntaje Directo</b>	<b>Índice EAD</b>	<b>Clasificación</b>
50	63	Depresión moderada intensa

**b) Interpretación cualitativa**

Paciente presenta constantemente sensaciones de tristeza, miedo y frustración al no poder tener un control de su vida. Lloro constantemente, se culpa y autocrítica, además de presentar sentimientos de desvalorización.

***Escala de Zung para ansiedad***

**a) Interpretación cuantitativa**

Puntaje Directo	Índice EAD	Clasificación
55	69	Ansiedad Moderada

**b) Interpretación cualitativa**

Paciente presenta nerviosismo, inseguridad que se manifiesta a través de malestares físicos. Siente temor y angustia a su futuro, puesto que no conoce sus habilidades y destrezas que le permitan enfrentarse a su mundo exterior.

**V. RESUMEN:**

Paciente presenta inseguridad y sentimientos de culpa, que surgen cuando experimenta la frustración de no alcanzar las propias metas y de no cubrir sus expectativas. Así mismo, posee gran sensibilidad, autocrítica y la preocupación por los problemas más insignificantes; ansiedad, indecisión y tensión. Tendencia a intentar ajustarse a lo que socialmente se espera de él.

Por consiguiente, el pesimismo es una característica importante de su personalidad y esta propiciado por una intensa angustia, considerándose inferior y desvalorado.

En consecuencia, posee fatiga funcional, debilidad, dolores de pecho y malestares en cuanto a digestión. Además de problemas relacionados al pensamiento y sueño.

Paciente conformista pasivo y reservado. Lleno de temores, posibilidad de obsesiones, sentimientos de culpa, socialmente introvertido, se relaciona muy pobremente. No sabe qué es lo que se espera de él, aún en relaciones muy sencillas. Particularmente amable y agradable.

12 de mayo de 2018

---

Bach. Lizbeth Quispe Lázaro

## INFORME PSICOLÓGICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre	: M.T.M
Edad	: 18 años
Sexo	: Masculino
Fecha de nacimiento	: 13/10/1999
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Universitario
Estado civil	: Soltero
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católico
Informante	: El Paciente
Lugar de evaluación	: Consultorio UNSA
Fechas de evaluación	: Del 03 al 12 de mayo del 2018
Evaluada	: Lizbeth Quispe Lázaro

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente refiere sentirse triste en todo momento del día, lo que ocasiona que llore constantemente, no sabiendo qué hacer con su vida.

### III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista Psicológica
- Pruebas Psicológicas

- Inventario Multifásico de la Personalidad MINI-MULT.
- Escala de Zung para depresión
- Escala de Zung para ansiedad

#### **IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

Paciente tuvo un desarrollo prenatal y natal normal. Hijo de padres de avanzada edad y con hermanos varones mayores. Desde temprana edad se vio marcada su poca capacidad para relacionarse, pero en el nivel secundario logra integrarse a un grupo, situación que lo hace “soltarse”.

Al terminar los estudios secundarios, sus inseguridades vuelven a tomar protagonismo, se siente presionado por su madre para que estudie alguna carrera de ingeniería a lo que decide obedecer. En esta etapa tiene por primera vez una pareja formal, pero presentan complicaciones. Además, se siente inseguro de su apariencia física.

Desde el mes de enero del presente año, después de haber ingresado a la universidad, se han intensificado sus malestares, esto debido a una aparente infidelidad de su pareja. Sumado a ello, no se siente a gusto en la universidad, siente miedo, presión de ir, de cumplir, siente además que no sabe qué hacer con su vida, no tiene metas y lo mortifica el miedo de nunca ser feliz, experimentando presión de pecho, dolores estomacales, pesadillas, dolores de cabeza y llanto sin motivo aparente.

En oportunidades ha pensado dejar su carrera, pero siente miedo a la reacción de su madre y por la edad que él tiene. Sin embargo, esta situación ha hecho que se acerque más a ella, buscando ayuda.

## **V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES**

Paciente denota regular estado de higiene, pérdida de peso, llanto constante y nerviosismo en sus narraciones; con tono de voz débil y apagada. Presenta postura encorvada, marcha lenta, pero receptivo y atento a las indicaciones que se le emite. Mantiene su estado de alerta, con ligera somnolencia, sin embargo, indica que en clase le cuesta mantener su atención y se distrae con facilidad.

Totalmente orientado en lugar, tiempo y espacio, con lenguaje oral, comprensivo y expresivo conservado. No presenta alteraciones en su memoria, además de poseer capacidad de comprensión y pensamiento abstracto.

Desde enero de este año posee pensamientos pesimistas sobre su estado, sintiendo desesperación, sin pensar en el suicidio. No tiene un buen concepto de sí mismo, considerándose poco atractivo. Por otro lado, piensa que en la relación que tiene con su enamorada, las cosas no marchan bien por su falta de seguridad y carácter. Paciente se encuentra triste gran parte del día, donde de forma inexplicable siente necesidad de llorar; por las noches tiene insomnio, pesadillas y no encuentra motivaciones en su vida. Es consiente que tiene un problema en relación a su autoestima y el no conocer sus capacidades e intereses.

## **VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Paciente presenta adecuadas capacidades cognitivas que se ven reflejadas en su capacidad de razonamiento y comprensión, beneficiosos para su desempeño académico, sin embargo, en el área emocional, posee sentimientos de culpa por todas las cosas que hizo de forma irresponsable a sus seres queridos, actos que quiere remediar y hacer las cosas de manera adecuada, denotando arrepentimiento.



Además, muestra inseguridad cuando experimenta la frustración de no alcanzar las propias metas y de no cubrir sus expectativas y las de los demás, situación que hoy en día perjudica su bienestar global.

Así mismo, posee gran sensibilidad, autocrítico y la preocupación por los problemas más insignificantes; ansiedad, indecisión y tensión. Tendencia a intentar ajustarse a lo que socialmente se espera de él, lo que origina que muchas veces piense más en otros que en sí mismo.

Por consiguiente, el pesimismo es una característica importante de su personalidad y esta propiciado por una intensa angustia, considerándose inferior y desvalorado. Afectando su autoconcepto y evidenciando baja autoestima.

En consecuencia, posee fatiga funcional, debilidad, dolores de pecho y malestares en cuanto a digestión que lo tensiona aún más. Además de problemas relacionados al pensamiento y sueño.

Paciente conformista, pasivo y reservado. Lleno de temores, posibilidad de obsesiones, socialmente introvertido, se relaciona muy pobremente. No sabe qué es lo que se espera de él aún en relaciones muy sencillas. Particularmente amable y agradable con capacidad de análisis. Gusta ayudar a los demás.

## **VII. DIAGNÓSTICO**

Paciente posee adecuadas capacidades cognitivas, lo que le ayuda a poder buscar soluciones ante su malestar. Es introvertido, muestra inseguridad y baja autoestima, ideas de culpa, lo que ocasiona alteraciones de sueño, pérdida de apetito, dolores de pecho y constante llanto, no teniendo contacto con su entorno.

Todos estos rasgos configuran en un *Episodio depresivo moderado (F32.1)*, según *CIE10*.

### **VIII. PRONÓSTICO**

De pronóstico reservado, por ser una persona altamente influenciable, con actitud pesimista y dependiente, además de no contar con un soporte familiar adecuado.

### **IX. RECOMENDACIONES**

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia familiar
- Orientación vocacional

12 de mayo de 2018

---

Bach. Lizbeth Quispe Lázaro

## PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre	: M.T.M
Edad	: 18 años
Sexo	: Masculino
Fecha de nacimiento	: 13/10/1999
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Universitario
Estado civil	: Soltero
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católico
Informante	: El Paciente
Lugar de evaluación	: Consultorio UNSA
Fechas de evaluación	: Del 03 al 12 de mayo del 2018
Evaluada	: Lizbeth Quispe Lázaro

### II. DIAGNÓSTICO

Paciente posee adecuadas capacidades cognitivas, lo que le ayuda a poder buscar soluciones ante su malestar. Es introvertido, muestra inseguridad y baja autoestima, ideas de culpa, lo que ocasiona alteraciones de sueño, pérdida de apetito, dolores de pecho y constante llanto, no teniendo contacto con su entorno. Todos estos rasgos configuran en un *Episodio depresivo moderado (F32.1)*, según CIE10.

### **III. OBJETIVOS**

#### **A. OBJETIVO GENERAL**

Generar en el paciente la mejora de su bienestar psicológico y físico, fortaleciendo su autoestima, capacidades interpersonales y plan de vida.

#### **B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Fortalecer la autoestima del paciente a través de técnicas que permitan el conocimiento y aceptación de sí mismo.
- Identificar y modificar los pensamientos erróneos por pensamientos racionales y positivos.
- Propiciar en el paciente el desarrollo de su proyecto de vida mediante el descubrimiento de sus habilidades, capacidades y motivaciones.

### **IV. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**

- Modificación de conducta
- Reestructuración cognitiva

### **V. TIEMPO DE EJECUCIÓN**

El Plan de Intervención tiene una duración no menor a 6 meses, con una sesión por semana de 45 minutos aproximadamente. Se prolongarán las sesiones de acuerdo a los avances que tenga el paciente. Inicialmente se trabajará las sesiones descritas a continuación:

<b>SESIÓN 01</b>	<b>MI VALOR</b>
<b>TEMA</b>	<b>AUTOESTIMA</b>
<b>OBJETIVO</b>	Fortalecer la autoestima del paciente a través de técnicas que permitan el conocimiento y aceptación de sí mismo.
<b>TÉCNICA</b>	Reestructuración cognitiva: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de las tres columnas.</li> </ul>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas Bond</li> <li>• Plumones de colores</li> <li>• Lapiceros</li> </ul>
<b>DESARROLLO</b>	<p>Para que el paciente pueda tener una adecuada percepción de sí misma será necesario que organice la información de su pensamiento, identificando pensamientos erróneos que interfieran en las diferentes facetas de su vida, que atacan directamente su autoestima, Para esto, se le entregará una hoja bond, que tendrá que dividir en tres partes.</p> <p>En la primera columna deberá describir la situación en la que se producen los mensajes que la desvalorizan; en la columna del centro escribirá lo que le dice su voz autocrítica y en la de la derecha deberá escribir para cada mensaje autocrítico un pensamiento más real o adaptado a la situación.</p> <p>Seguidamente se analizará con la paciente toda la información plasmada con el fin de que se dé cuenta que su pensamiento distorsionado no es el correcto, que su voz autocrítica es demasiado</p>

	general y descalificadora, para que pueda sustituirla por otro tipo de mensajes más adaptados a su propia vida.
<b>TIEMPO TOTAL</b>	45 minutos

<b>SESIÓN 02</b>	<b>MI VALOR</b>
<b>TEMA</b>	<b>AUTOESTIMA</b>
<b>OBJETIVO</b>	Fortalecer la autoestima del paciente a través de técnicas que permitan el conocimiento y aceptación de sí mismo.
<b>TÉCNICA</b>	Reestructuración cognitiva: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica del árbol</li> </ul>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas Bond</li> <li>• Plumones de colores</li> <li>• Lapiceros</li> </ul>
<b>DESARROLLO</b>	Como continuación de la sesión anterior, se pasará a realizar la técnica del árbol que le permitirá a la paciente reflexionar sobre sus logros y cualidades positivas, analizar la imagen que tiene de sí misma y centrarse en las partes positivas. Para lo cual se le facilitara una hoja y plumones de colores que tendrá que utilizar para dibujar un árbol que ocupe toda la hoja. Este árbol deberá tener raíces y frutos de diferente tamaño.

	<p>En cada una de las raíces deberá ir colocando sus valores positivos, ya sean cualidades personales, sociales e intelectuales. Si ha sido muy importante deberá ser colocada en una raíz gruesa, por el contrario, si no ha tenido mucha influencia deberá ser colocado en una de las pequeñas.</p> <p>En los frutos se irá colocando los logros que haya conseguido en su vida, por las que se ha sentido orgullosa de haberlos conseguido, así sean grandes o pequeños. Pondrá sus logros más importantes en los frutos grandes y los menos relevantes en los pequeños. Una vez acabado se revisará y se pasará a reflexionar sobre lo plasmado reforzando sus cualidades y elogiando sus logros. Así también se le proporcionará el dibujo a su acompañante para que pueda añadir alguna información importante.</p>
<b>TIEMPO TOTAL</b>	45 minutos

SESIÓN 03	AUTOPERCEPCIÓN
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reconocer y evaluar los aspectos positivos y limitaciones del paciente para lograr valoración y respeto por sí mismo.</li> </ul>
<b>TÉCNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reestructuración cognitiva.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA</b>	<p>Se le pedirá al paciente que se acomode y que responda las siguientes preguntas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo se considera?</li> <li>• ¿Cómo se encuentra en la familia?</li> <li>• ¿Cómo se encuentra en la universidad?</li> <li>• ¿Cómo se relaciona con los demás?</li> <li>• ¿Cómo considera que lo ven los demás?</li> <li>• ¿Qué es lo que más lo molesta de sí mismo?</li> </ul> <p>Luego se analizan las respuestas realzando sus características positivas y la importancia de conocer los defectos. Considerando el primer paso para reconocer quién es.</p>
<b>TIEMPO TOTAL</b>	45 minutos



<b>SESIÓN 04</b>	<b>MODIFICO MIS PENSAMIENTOS</b>
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modificar los pensamientos erróneos por pensamientos racionales y positivos</li> </ul>
<b>TÉCNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reestructuración cognitiva.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA</b>	<p>Se le pide al paciente que realice una alista de todos los pensamientos negativos que tenga. Una vez que los haya identificado y analizado se busca pensamientos alternativos que deben ser más racionales y positivos.</p> <p>Posteriormente, se toma como referencia situaciones pasadas de forma que practique la mejor forma de responder sin precipitaciones.</p>
<b>TIEMPO TOTAL</b>	45 minutos

<b>SESIÓN 05</b>	<b>MODIFICO MIS PENSAMIENTOS</b>
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modificar los pensamientos erróneos por pensamientos racionales y positivos</li> </ul>
<b>TÉCNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reestructuración cognitiva.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA</b>	<p>Según el listado que se realizó en la sesión anterior, se va a determinar cuáles son en realidad los pensamientos negativos, para esto se le pide al paciente que los ordene de menor a mayor grado de creencia (0 a 9).</p>

	<p>Una vez que ordene la lista, se comienza a analizar cada uno de los pensamientos empezando siempre por el de menor grado.</p> <p>Cuando menciona sus pensamientos se le hace preguntas como:</p> <p>¿Hasta qué punto se relaciona con la realidad?, ¿De qué forma influyen en sus estados emocionales y conductuales? Y ¿Qué ocurriría si fuera cierto lo que menciona?</p> <p>No olvidar que los pensamientos que se analizan son aquellos que se experimentas antes durante y después de la situación conflictiva.</p>
<b>TIEMPO TOTAL</b>	45 minutos

<b>SESIÓN 06</b>	<b>MODIFICO MIS PENSAMIENTOS</b>
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modificar los pensamientos erróneos por pensamientos racionales y positivos</li> </ul>
<b>TÉCNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reestructuración cognitiva.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA</b>	<p>Proponerle al paciente que compre una libreta y que cada vez que se detecte teniendo un discurso automático negativo hacia sí mismo, lo apunte. El registro debe contener los siguientes datos:</p> <p><b>Fecha</b></p> <p><b>Situación</b> (¿Qué ha pasado? Por ejemplo, se me quema la comida)</p>

	<p><b>Pensamiento</b> (¿Qué he pensado? Por ejemplo, pienso “soy un inútil, con 18 años y no sé ni freír un huevo”)</p> <p><b>Emoción</b> (¿Qué he sentido? Por ejemplo, siento enojo hacia mí mismo por no haber estado más atento. Ojo: no confundir sensaciones o sentimientos con pensamientos. Cuando el “siento” va seguido de un “que”, no estamos hablando de una emoción sino de un pensamiento. Por ejemplo, “siento que no valgo para nada” no es una emoción, es un pensamiento. Una emoción sería: “me siento impotente”)</p> <p><b>Conducta</b> (¿Qué hago? Por ejemplo: tiro la comida quemada y me quedo sin comer, ya da igual, se me ha quitado el hambre). Se practicará en la sesión el ejercicio, posterior a ello se hará la retroalimentación determinando si sus pensamientos conductas y emociones son las correctas.</p>
<b>TIEMPO TOTAL</b>	45 minutos

SESIÓN 07	ME ENFOCO
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modificar los pensamientos erróneos por pensamientos racionales y positivos</li> </ul>
<b>TÉCNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reestructuración cognitiva.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA</b>	<p>Se comenzará diciendo que todos tenemos una especie de “demonio” en un lado del brazo que dice cosas negativas sobre nosotros mismos, sobre nuestros aspectos más negativos y que comenta nuestra vida cotidiana haciéndonos sentir mal. Incluso aunque a veces pensemos que no es del todo cierto lo que este demonio está diciendo, ese pensamiento está ahí presente.</p> <p>Este ejercicio consiste en “darle rienda suelta al demonio” y en contestar ajustándose a la realidad de los pensamientos que normalmente tiene en su vida cotidiana, sin exagerar ni tampoco minimizar. Se le dirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Soy un...”</li> <li>• “Me molesta de mí...”</li> <li>• “Me doy rabia cuando...”</li> <li>• “Siempre me he comportado como...” etc según se vaya dando la sesión.</li> </ul> <p>Esto ayudará al paciente a conocer sus miedos e inseguridades.</p>
<b>TIEMPO TOTAL</b>	45 minutos

SESIÓN 08	MI LADO BUENO
<b>OBJETIVO</b>	Propiciar en el paciente el desarrollo de su proyecto de vida mediante el descubrimiento de sus habilidades, capacidades y motivaciones.
<b>TÉCNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reestructuración cognitiva.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA</b>	<p>Este ejercicio consta de los siguientes pasos:</p> <p>1. Cualidades + Habilidades</p> <p>El paciente debe realizar una lista, lo más amplia posible, de:</p> <p>(1) sus cualidades (características positivas de su personalidad y de su aspecto físico)</p> <p>(2) sus habilidades, es decir, lo que se le da bien hacer. Pueden ser cosas muy sencillas y cotidianas, no hacen falta grandes virtudes superheroicas ni grandes dotes.</p> <p>Ejemplificar y concretar</p> <p>Se le pedirá que elabore uno o dos ejemplos concretos para cada una de las cualidades que enumeró antes y en los que se vea reflejada esa virtud.</p> <p>Por ejemplo, “cuando mi amigo Marta me dice que necesita hablar, yo dejo lo que estoy haciendo y la llamo”, “soy bueno guardando los secretos de mis amigos”, “se me da bien pararme y escuchar a mis amigos, sin juzgarles”.</p>
<b>TIEMPO TOTAL</b>	45 minutos

SESIÓN 09	DISEÑO MI PERFIL
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modificar los pensamientos erróneos por pensamientos racionales y positivos</li> </ul>
<b>TÉCNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reestructuración cognitiva.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA</b>	<p>Respaldados en la sesión anterior el paciente ha de elegir tres cualidades principales y las tres habilidades principales que le definen, aquellas con las que se siente más identificado, las que más le gustan, las que más se cree, las que más utiliza en su día a día, aquellas a las que le puede sacar mayor partido.</p> <p>Esas tres cualidades y tres habilidades se enfatizará que son esenciales, son seis herramientas que va a llevar debajo de su brazo en cada decisión y en cada paso cotidiano.</p>
<b>TIEMPO TOTAL</b>	45 minutos

SESIÓN 10	SOY...
<b>OBJETIVO</b>	Fortalecer la autoestima del paciente a través de técnicas que permitan el conocimiento y aceptación de sí mismo.
<b>TÉCNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reestructuración cognitiva.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA</b>	<p>Esta sesión es la parte contraria que complementa el ejercicio de “dar rienda suelta al demonio”. Se le indicará al paciente que complete estas frases:</p> <p>“Me gusta ser...”</p> <p>“Valoro de mí...”</p> <p>“Me quiero porque...”</p> <p>“Me siento bien cuando yo (hago, digo, pienso)”...</p>
<b>TIEMPO TOTAL</b>	45 minutos

SESIÓN 11	MOMENTOS AGRADABLES
<b>OBJETIVO</b>	Propiciar en el paciente el desarrollo de su proyecto de vida mediante el descubrimiento de sus habilidades, capacidades y motivaciones.
<b>TÉCNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reestructuración cognitiva.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA</b>	<p>Este ejercicio consiste en invitar al paciente a (re)descubrir y recopilar todo aquello que le gusta hacer, todo aquello con lo que disfruta, desde cosas troncales en su vida hasta pequeños placeres. Por ejemplo: “me gusta tocar la guitarra”, “disfruto cocinando mis platos favoritos”, “un pequeño placer es llegar a casa, descalzarme y ponerme música un rato”.</p> <p>Se logrará que el paciente elija aquellos puntos de la lista que vea más viables o que le apetezcan más y que los introduzca en su vida cotidiana, a través de un planning de actividades agradables. Estas actividades o pequeños placeres tienen que tener la misma importancia que las obligaciones, decidiendo cuánto tiempo al día o a la semana quiere dedicarse a aportarse bienestar.</p> <p>Cuando la persona comienza a dedicarse el tiempo, el cariño, el respeto y el placer que realmente se merece, la autoestima se ve fortalecida, y con ella el bienestar, el optimismo y la salud mental.</p>
<b>TIEMPO TOTAL</b>	45 minutos



SESIÓN 12	<i>MI FUTURO</i>
<b>OBJETIVO</b>	Propiciar en el paciente el desarrollo de su proyecto de vida mediante el descubrimiento de sus habilidades, capacidades y motivaciones.
<b>TÉCNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reestructuración cognitiva.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA</b>	<p>Una forma de lograr que el paciente coja las riendas de su propia vida es ayudarlo a elegir tres metas realistas y que las ponga en marcha en su vida a corto plazo.</p> <p>Es interesante que estas metas sean de diferentes áreas de la vida (social, personal, hábitos, salud, laboral, académica...). Estas metas tienen que tener las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realistas (objetivos accesibles y viables, no simplemente sueños o idealizaciones)</li> <li>• Muy bien definidas (qué es exactamente lo que me propongo conseguir)</li> <li>• Concretas (qué cosas concretas voy a hacer para conseguirlo, qué pasos voy a seguir)</li> </ul>
<b>TIEMPO TOTAL</b>	45 minutos

## **V. AVANCES TERAPÉUTICOS**

Se logró aplicar las 3 primeras sesiones, donde se trabajó la autoestima del paciente y su autopercepción, logrando visualizar una mejoría en su actitud hacia sí mismo.

No se pudo continuar con las sesiones por la falta de tiempo del paciente, ya que buscó un trabajo para costear sus gastos personales y de examen de admisión.

28 de junio del 2018

---

Bach. Lizbeth Quispe Lázaro

# ANEXOS

# ESCALA DE AUTO EVALUACION - ZUNG ( A )

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: 18

FECHA: \_\_\_\_\_

		NUNCA O RARAS VECES	ALGUNAS VECES	BUEN NUMERO DE VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES
1	ME SIENTO MUY NERVIOSO Y ANSIOSO QUE DE COSTUMBRE		X		
2	ME SIENTO CON TEMOR SIN RAZÓN			X	
3	DESPIERTO CON FACILIDAD O SIENTO PÁNICO			X	
4	ME SIENTO COMO SI FUERA A REVENTAR Y PARTIRME EN PEDAZOS	X			
5	SENTO QUE TODO ESTA BIEN Y QUE NADA MALO PUEDE SUCCEDERME		X		
6	ME TEMBLAN LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS			X	
7	ME MOSTRICAN DOLORS DE CABEZA, CUELLO Y CINTURA		X		
8	ME SIENTO DEBIL Y ME CAIGO FÁCILMENTE	X			
9	ME SIENTO TRANQUILO Y PUEDO PERMANECER EN CALMA FÁCILMENTE		X		
10	PUEDO SENTIR QUE ME LATE MUY RÁPIDO EL CORAZÓN	X			
11	SUFRIO DE MAREOS	X			
12	SUFRIO DE DESMAYOS O SIENTO QUE ME VOY A DESMAYAR	X			
13	PUEDO TONAR Y VOTAR AIRE CON FACILIDAD		X		
14	SE ME ADORMECEN O ME HINCHAN LOS DEDOS DE LAS MANOS Y PIES	X			
15	SUFRIO DE MOLESTIAS ESTOMACALES O INDIGESTIÓN			X	
16	ORINO CON MUCHA FRECUENCIA	X			
17	GENERALMENTE MIS MANOS ESTÁN SECAS Y CALIENTES		X		
18	SENTO BOCHORNOS		X		
19	ME SIENTO DORMIDO CON FACILIDAD Y DESCANSO BIEN DURANTE LA NOCHE		X		
20	TENGO PESADILLAS			X	

PUNTAJE :

55

**INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)**  
**MINI MULT**  
 (Hoja de Respuesta)

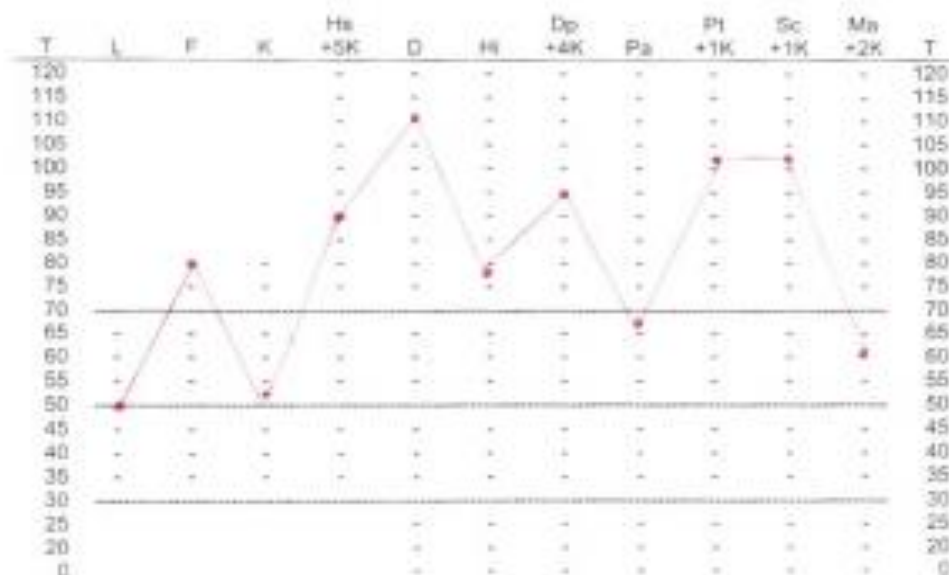
Nombres y apellidos: _____				Edad: <u>18</u>			
Estado Civil: _____				Grado de Instrucción: _____			
Ocupación: _____				Fecha de examen: _____			

1. V <u>Ⓟ</u>	13. <u>Ⓟ</u> F	25. <u>Ⓟ</u> F	37. V <u>Ⓟ</u>	49. V <u>Ⓟ</u>	61. <u>Ⓟ</u> F
2. V <u>Ⓟ</u>	14. <u>Ⓟ</u> F	26. V <u>Ⓟ</u>	38. <u>Ⓟ</u> F	50. V <u>Ⓟ</u>	62. <u>Ⓟ</u> F
3. V <u>Ⓟ</u>	15. <u>Ⓟ</u> F	27. <u>Ⓟ</u> F	39. <u>Ⓟ</u> F	51. <u>Ⓟ</u> <u>Ⓟ</u>	63. V <u>Ⓟ</u>
4. <u>Ⓟ</u> F	16. <u>Ⓟ</u> F	28. V <u>Ⓟ</u>	40. V <u>Ⓟ</u>	52. V <u>Ⓟ</u>	64. <u>Ⓟ</u> F
5. <u>Ⓟ</u> F	17. <u>Ⓟ</u> F	29. <u>Ⓟ</u> F	41. V <u>Ⓟ</u>	53. <u>Ⓟ</u> F	65. V <u>Ⓟ</u>
6. V <u>Ⓟ</u>	18. <u>Ⓟ</u> F	30. <u>Ⓟ</u> F	42. V <u>Ⓟ</u>	54. <u>Ⓟ</u> F	66. <u>Ⓟ</u> F
7. <u>Ⓟ</u> F	19. <u>Ⓟ</u> F	31. V <u>Ⓟ</u>	43. V <u>Ⓟ</u>	55. V <u>Ⓟ</u>	67. <u>Ⓟ</u> F
8. <u>Ⓟ</u> F	20. V <u>Ⓟ</u>	32. <u>Ⓟ</u> F	44. <u>Ⓟ</u> F	56. V <u>Ⓟ</u>	68. <u>Ⓟ</u> F
9. <u>Ⓟ</u> F	21. V <u>Ⓟ</u>	33. V <u>Ⓟ</u>	45. V <u>Ⓟ</u>	57. <u>Ⓟ</u> F	69. V <u>Ⓟ</u>
10. <u>Ⓟ</u> F	22. <u>Ⓟ</u> F	34. V <u>Ⓟ</u>	46. <u>Ⓟ</u> F	58. <u>Ⓟ</u> F	70. V <u>Ⓟ</u>
11. V <u>Ⓟ</u>	23. V <u>Ⓟ</u>	35. V <u>Ⓟ</u>	47. V <u>Ⓟ</u>	59. V <u>Ⓟ</u>	71. <u>Ⓟ</u> F
12. V <u>Ⓟ</u>	24. V <u>Ⓟ</u>	36. <u>Ⓟ</u> F	48. V <u>Ⓟ</u>	60. <u>Ⓟ</u> F	

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	1	6	6	1	16	14	13	5	14	12	6
Puntaje Equivalente	4	16	14	20	42	32	32	1	34	25	18
Añadiendo K				3			6		14	14	3
Puntaje Directo Corregido	4	6	14	23	42	32	38	11	28	44	21
Puntaje T	50	80	55	70	75	48	72	65	61	77	60
	±	+	±	±	±	±	±	±	±	±	±

DIAGNÓSTICO: .....





## ESCALA DE ZUNG DEPRESIÓN



Nombre: 17/0000

Marque con un círculo el número que se ajuste a su respuesta

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Me siento triste y decaído	1	2	③	4
2. Por las mañanas me siento mejor	4	③	2	1
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro	1	2	③	4
4. Me cuesta mucho dormir por las noches	1	2	③	4
5. Como igual que antes	4	3	②	1
6. Aún tengo deseos sexuales	4	③	2	1
7. Noto que estoy adelgazando	1	②	3	4
8. Estoy estreñado	1	②	3	4
9. El corazón me late mas rápido que antes	1	②	3	4
10. Me canso sin motivo	①	2	3	4
11. Mi mente esta tan despejada como antes	4	③	2	1
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	③	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	③	4
14. Tengo confianza en el futuro	④	3	2	1
15. Estoy más irritable que antes	①	2	3	4
16. Encuentro facil tomar decisiones	4	③	2	1
17. Siento que soy útil y necesario	1	②	3	4
18. Encuentro agradable vivir	4	③	2	1
19. Creo que seria mejor para los demás si estuviera muerto	1	②	3	4
20. Me gusta las mismas cosas que antes	4	③	2	1

PUNTAJE TOTAL:

50

# CASO CLÍNICO II

## ANAMNESIS

### I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y apellidos	: N. Z.
Edad	: 47 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 18-02-1971
Grado de instrucción	: Primaria incompleta
Estado civil	: Conviviente
Procedencia	: Juliaca
Ocupación	: Ama de casa
Religión	: Católica
Informante	: La paciente
Fechas de evaluación	: 01,03 de mayo del 2018
Lugar de evaluación	: Consultorio de psicología del H.M
Examinador	: Eber Rogelio Gomez Gomez

### II. MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente se presenta a consulta acompañada de su amigo, el cual refiere que su amiga quiere suicidarse. Menciona sentirse desesperada, sin valor, preocupada, de llorar y no poder controlarlo, con dolores fuertes en la rodilla, despierta pensativa de una a dos veces en la madrugada, siente ardor en los ojos, punzones en el pecho, preocupada por no poder comer como antes. “Quiero morirme porque no aguento mi situación”, “mucho daño me hice”, “no quiero ser un estorbo”.



### **III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL:**

La paciente padece de constantes dolores en la rodilla que le imposibilitan de poder caminar con normalidad y mantenerse de pie por tiempo prolongado. Dejaba pasar el problema sin darle la importancia debida, pensaba que el dolor pasaría y que no había necesidad de ser atendida por un profesional de salud. Al llegar el mes de marzo del 2018, no pudo soportar más el dolor, sintiéndose en la obligación de acudir a un médico, en donde fue diagnosticada de osteoporosis a la rodilla. Indica que esta situación le preocupó tanto, que al transcurrir los días fue sintiéndose mal, disminuyó su apetito y en las madrugadas despertaba de una a dos veces.

Menciona, que todos los días se le presentaban pensamientos angustiosos, algunos de ellos eran sobre la posibilidad de morir o de quedar inválida; los cuales, la atormentaban y le provocaban llanto. En su mente aparecían imágenes sobre el estado de su enfermedad en la rodilla. Rememoraba hechos que algunos de sus compañeros le decían: “esa enfermedad no tiene cura”, “no volverás a caminar”, al escuchar esto, se sentía peor, agravándose sus sentimientos de preocupación. Cuando despertaba en las mañanas, presentaba temblores en el cuerpo, desesperándose por querer salir de su habitación, sentía miedo de quedarse sola, por lo que salía rápidamente en busca de algún familiar para que la acompañe.

Expresa que se hizo mucho daño, el estar así le ha provocado gastritis, dolores de cabeza; aunado a esta situación; manifiesta qué, en la casa, su pareja y los familiares de este, la gritan y no la comprenden, ¡qué haces pensando, ponte hacer algo!, eran algunas de sus expresiones.

Sus dos hijos la ayudaban y mostraban comprensión; pero al pasar el tiempo, se fueron aburriendo, ya que, en varias ocasiones, la paciente les hablaba de su enfermedad y de lo mal que se encontraba. Los dolores fuertes en la rodilla la imposibilitaron de continuar

trabajando, el sustento económico de la casa recayó en la pareja, quien realiza trabajos eventuales. Por último, indica no tener dinero para todos los exámenes que le pidieron.

#### **IV. ANTECEDENTES PERSONALES:**

##### **Periodos del desarrollo:**

- **Etapas Pre-Natal:**

Fue hija única de una relación no planificada. Su madre se brindó sola los cuidados necesarios.

- **Etapas Natal**

Menciona que nació en el campo, asistida por una partera del lugar, no tuvo revisión médica.

- **Etapas Post-Natal:**

Vivió solamente con su madre quien le dio afecto y cuidados. Su padre no se hizo cargo de ella ni le dio su apellido. Ya de joven, se enteró de la existencia de su progenitor.

- **Etapas Escolar:**

Indicó haber estudiado en una escuela de su comunidad hasta tercero de primaria a la edad de trece años, durante esta etapa jugaba, reía y se relacionaba con sus amigos. Le resultó difícil los estudios y al no poder avanzar de grado escolar, decide retirarse y trabajar.

- **Desarrollo y función sexual:**

A los 20 años aproximadamente tuvo su primer enamorado con quien se inició sexualmente. Resultó embarazada de este encuentro, del cual no se percató hasta los tres meses donde presentó una amenaza de aborto, lamentablemente perdió al feto, a consecuencia de realizar bastante esfuerzo físico en trabajos de la chacra y debido a que no tenía conocimiento de su gestación, no procuró los cuidados necesarios. Su pareja se entera de lo sucedido y se aleja de ella, quedando emocionalmente afectada.

A los 24 años conoció a su pareja actual, con él tiene dos hijos. Manifiesta que el primer embarazo le “choco”, sintiéndose débil y preocupada, a pesar de recibir apoyo de su pareja. En el segundo embarazo, hubo bastante llanto, se preocupaba en exceso, sentía dolores en el cuerpo, no podía caminar, no tenía apetito, llegando a pesar 47 kilos. Los médicos la revisaron y le indicaron que no tenía nada, además de exhortarla para que consuma alimentos. Indica que los malestares sufridos en ambos embarazos ocurrían hasta los tres meses, después se iba recuperando poco a poco.

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

Refiere que en su niñez tenía bastantes amigos, le gustaba jugar en el campo. En la actualidad, suele tejer y conversar con sus amigas, no realiza muy seguido actividades recreativas con la familia.

- **Aspecto laboral:**

Manifiesta que trabajó desde los trece años en la chacra en compañía de su madre. A los 16 años viajó a Juliaca donde laboró como empleada en la casa de su tía, sin recibir remuneración económica alguna, no le gustaba el trato que le daban, sintiéndose como prisionera pues no tenía la libertad necesaria. Después de un año de laborar con su tía, consiguió otro trabajo como empleada. A los 19 años se fue a Arequipa para trabajar con su madre en la chacra, al transcurrir los meses su madre enferma gravemente, y en pocos días esta fallece, situación que le afectó bastante, sintiéndose muy sola. A los 20 años regresó a Juliaca para ayudar en el cuidado de los hijos de su primo, a la vez decide estudiar cosmetología, pero no los concluye, por condiciones que se presentó en el momento. En los trabajos que tenía se sentía muy sola, mostraba tristeza porque no tener a alguien junto a ella. En la actualidad no labora por su condición.

- **Religión:**

La paciente manifiesta ser de religión católica, pero tiene bastantes amigos que profesan la religión evangélica, acude a sus reuniones para rezar y pedir que mejore su salud, en ocasiones acompañadas de llanto.

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

No tiene el hábito de consumir sustancias tóxicas. Presenta una disminución en el apetito, además de haber bajado de peso, como 5 kilos aproximadamente. Desde el mes de marzo del 2018, el sueño se vio alterado, despertándose de una a dos veces por la madrugada; mientras duerme, en su mente aparecen ideas de preocupación, ideas que no puede bloquearlas, tiene pesadillas, en sus sueños no puede caminar, se despierta desesperada, con angustia sobre lo que pueda pasar con su enfermedad en la rodilla, por lo que se le hace difícil volver a conciliar el sueño.

## **V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES:**

- **Enfermedades y accidentes**

A la edad de 12 años sufrió de constantes caídas que impactaron en su rodilla, provocándole mucho dolor, también padeció de paperas las que se curó a base de medicina natural (hierbas). En este momento de su vida, no llegó a conocer pastillas ni médico que la trate.

- **Personalidad premorbida:**

En su niñez se mostraba tímida, “miedolenta”, insegura y desconfiada de las personas. Recuerda que, en una ocasión, subió con una amiga a la moto de uno de sus profesores, quien ofreció llevarlas a sus casas, recuerda que en el camino se quedaron solos, el profesor y ella en la moto, situación que le generó desesperación, llegando a su mente ideas de poder ser violada o de sucederle

algo malo, entonces se arrojó de la moto en movimiento, impactando en una roca que le ocasionó un fuerte golpe en su rodilla.

## **VI. ANTECEDENTES FAMILIARES:**

- **Composición familiar**

Vive con su pareja de 49 años, y sus dos hijos. La mayor tiene 20 años quien estudia en un instituto técnico y un hijo varón de 14 años que sigue estudios secundarios.

- **Dinámica familiar**

Califica su relación intrafamiliar de buena, con episodios de discusión entre su pareja y los familiares de este, que no pasan a mayor gravedad, según ella porque la observan pensativa y preocupada. Con sus hijos hay entendimiento, pero hay momentos que no soportan escucharla ya que, en repetidas veces habla de sus preocupaciones. Como familia no realizan con frecuencia actividades de recreación, rara vez conversan juntos, por la poca coincidencia de horarios.

- **Condición socioeconómica**

Familia de escasos recursos económicos. Actualmente, los ingresos son solventados por su pareja, tiene el oficio de carpintero y obrero, quien eventualmente tiene trabajos, en el interior y exterior de la ciudad de Arequipa, sus ingresos económicos en casa son pocos, solventando solo sus necesidades básicas de alimentación y vivienda.

- **Antecedentes familiares patológicos**

No recuerda que sus familiares hayan presentado antecedentes patológicos, por algunos motivos que ella menciona. Fue hija única, vivió solamente con

la madre, que rara vez le llegaba a presentar a sus familiares, no vivió con su padre, ni conoció a sus familiares de este.

## **VII. RESUMEN:**

Paciente nació en el campo, atendida por una asistente de partos del lugar. Hija única, criada solamente por la madre ya que, no fue reconocida por el padre. Estudió hasta tercero de primaria a la edad de trece años, resultándole difícil los estudios. De niña sufrió de constantes caídas que impactaron en su rodilla, ocasionándole dolores fuertes. La paciente desde pequeña se mostraba tímida, desconfiada y temerosa. A los 19 años viajó a Arequipa para trabajar con su madre en labores agrícolas, al pasar los meses su madre enferma gravemente, días después esta fallece, esta situación le llegó afectar bastante, sintiéndose muy sola. Tuvo su primer enamorado a los 20 años con quien inició su vida sexual, quedando embarazada. A los tres meses sufre un aborto y pierde al feto, a consecuencia de no brindarse los cuidados necesarios. A los 24 años conoce a su pareja actual con quien tiene dos hijos. En sus dos embarazos se sintió muy afectada, presentando, preocupaciones y sentimientos de tristeza, califica estas situaciones de horrible. Actualmente vive en una casa de condición básica, trata de tener una relación intrafamiliar buena, en ocasiones presenta discusiones con su pareja y con los familiares de este, por presentarse pensativa y triste. Sus hijos la entienden, pero se aburren, cuando en repetidas veces la escuchan hablar sobre su malestar. Como familia, en contadas ocasiones realizan actividades de recreación.

En el mes de marzo del 2018 los dolores en la rodilla se agravaron, por lo que visita a un médico, recibiendo el diagnóstico de osteoporosis a la rodilla. Desde esta situación empezó a sentirse mal tanto física como psicológicamente,

disminuyó su peso corporal, se vio alterado el sueño, presentaba llanto, dolores en el pecho, debilidad y tristeza. Realiza plegarias para poder sanar, comparando su malestar como cuando estuvo embarazada.

## EXAMEN MENTAL

### I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y apellidos : N. Z.  
Edad : 47 años  
Sexo : Femenino  
Fecha de nacimiento : 18-02-1971  
Grado de instrucción : Primaria incompleta  
Estado civil : Conviviente  
Procedencia : Juliaca  
Ocupación : Ama de casa  
Religión : Católica  
Informante : La paciente  
Fechas de evaluación : 03 de mayo del 2018  
Lugar de evaluación : Consultorio de psicología del H. M.  
Examinador : Eber Rogelio Gomez Gomez

### II. ACTITUD PORTE Y COMPORTAMIENTO:

La paciente aparenta la edad que refiere, de piel trigueña, contextura gruesa y estatura pequeña de 1.51 metros aproximadamente. De vestimenta adecuada y sencilla. Su expresión facial es de tristeza, preocupación y embotamiento. Sus ojos se muestran hinchados y rojizos, con tono de piel pálido. Su tono de voz es débil y monótono, el cual se acompaña de suspiros al hablar. De postura cabizbaja y andar lento. Durante la entrevista hubo bastante llanto intenso, se mostró colaboradora manteniendo una actitud sumisa.



### **III. CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN:**

#### **Conciencia:**

Presenta la conciencia disminuida en el sentido de mostrar somnolencia, las ejecuciones de las preguntas fueron lentas y nulas.

#### **Atención:**

Mostró dificultad en el llenado de los exámenes, pidiendo que se le repitiese y explique la pregunta, ejecutándolas de manera lenta.

#### **Orientación:**

Presenta dificultad para responder las preguntas de espacio, tiempo y persona ya que, no fue capaz de responder acertadamente.

### **IV. CURSO DEL LENGUAJE:**

El curso del lenguaje es lento y sosegado, con tono de voz bajo, escasa mención de palabras y muestra esfuerzo para hacerse entender.

### **V. PENSAMIENTO:**

Es coherente con lo que piensa y siente, en ellas hay preocupación, ideas rumiativas en relación a la enfermedad que padece, expresando en ellas malestar, sufrimiento, algunas de ellas son de suicidio.

### **VI. PERCEPCIÓN:**

Presenta una percepción sobrevaluada de su enfermedad en la rodilla, y de su estado anímico, generándole bastante sufrimiento.

### **VII. MEMORIA:**

En cuanto a la memoria remota, no presenta complicaciones, ya que podía recordar sucesos de su vida pasada. En la memoria reciente, tampoco presentó problemas, pues recuerda hechos que está viviendo.

**VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL:**

Posee un entendimiento básico de las cosas y de cómo manejar situaciones complicadas que se presentan en la vida, presentando ligeras dificultades en la comprensión de frases o palabras.

**IX. ESTADO DE ÁNIMO:**

Presenta un constante estado de ánimo decaído. Presenta alteraciones en el sueño, insomnio, disminución del apetito, el sentido de la voz es monótono. En casa llora con facilidad durante todo el día.

**X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD:**

Es consciente del estado en que encuentra su psique y de que esta situación ha alterado su esfera laboral y su entorno intrafamiliar. Tornándose la relación entre sus pares distante, manifestada en discusiones y molestias.

**XI. RESUMEN:**

La paciente aparenta la edad que refiere, es de contextura gruesa y estatura pequeña de 1.51 metros aproximadamente; de vestimenta adecuada y sencilla; su expresión facial es de tristeza, preocupación y embotamiento; sus ojos se muestran hinchados y rojizos, con tono de piel pálido; su tono de voz es débil, monótono, acompañado de suspiros al hablar; de postura cabizbaja y de caminar lento. En cuanto a sus funciones psicológicas, presenta dificultades en la atención, lenguaje y pensamiento ya que, se muestra como ida, el curso del lenguaje es lento, con frases poco elaboradas y escasas, presenta ideas sobrevaluadas, fijas y de preocupación respectivamente. Durante la entrevista, en repetidas veces hubo llanto intenso, manteniendo una actitud de sumisión.

**Arequipa, 05 de mayo del 2018.**

---

**Eber Gomez Gomez**  
**Bachiller en Psicología**

## **INFORME PSICOMÉTRICO**

### **I. DATOS DE FILIACIÓN:**

Nombres y apellidos	: N. Z.
Edad	: 47 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 18-02-1971
Grado de instrucción	: Primaria incompleta
Estado civil	: Conviviente
Procedencia	: Juliaca
Ocupación	: Ama de casa
Religión	: Católica
Informante	: La paciente
Fechas de evaluación	: 07 de mayo del 2018
Lugar de evaluación	: Consultorio de psicología del H. M.
Examinador	: Eber Rogelio Gomez Gomez

### **II. OBSERVACIONES GENERALES:**

Durante las entrevistas se mostró colaboradora y mantuvo una actitud de sumisión. También presentó un escaso entendimiento y ejecución lenta de las pruebas, por lo que en repetidas veces se le brindó nuevamente las indicaciones. En ocasiones realizaba preguntas, buscando en ella, la aprobación del evaluador, su voz era tenue, carente de vivacidad y casi siempre suspiraba, denotando en sus ojos tristeza y sufrimiento.

### **III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS:**

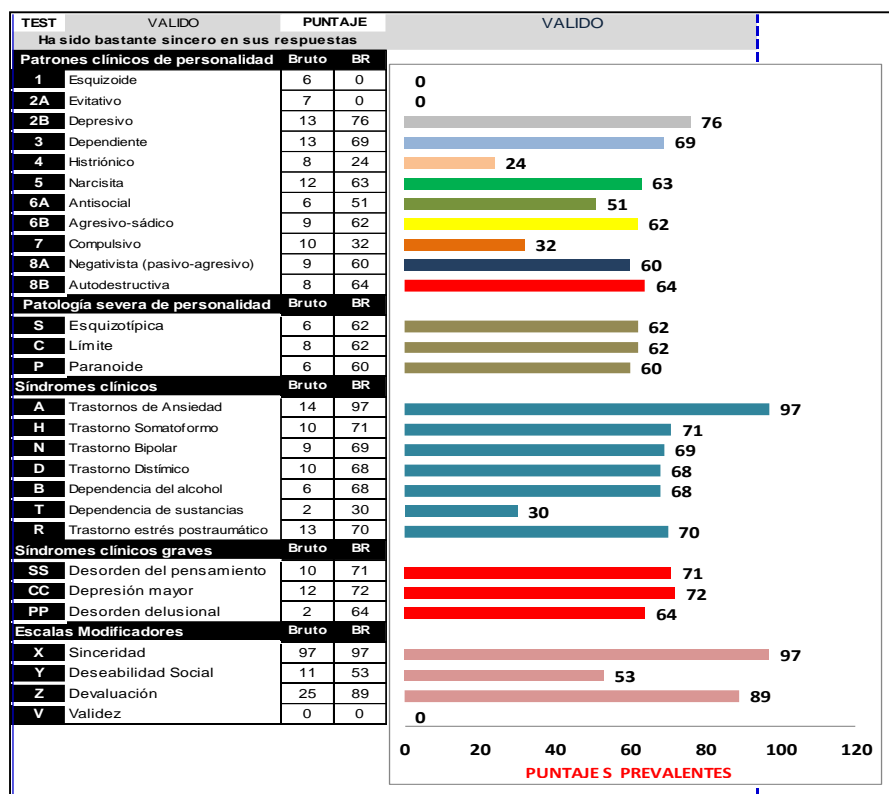
- Pruebas psicológicas:
  - Test de Multiaxial de Theodore Millón III

- Test de la Figura Humana de Karen Machover.

#### IV. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:

##### Test Multiaxial de Theodore Millon III:

##### Interpretación cuantitativa:



##### Interpretación cualitativa:

En cuanto a síndromes clínicos, se obtuvo un indicador alto en la escala Trastorno de Ansiedad, seguida de una puntuación sugestiva en la escala Trastorno Somatomorfo. El criterio de ansiedad indica que la paciente se muestra tensa ante las demandas del medio, sensible de quedarse sola, muy susceptible a situaciones adversas y les da mucha importancia a los problemas, además presenta quejas de una variedad de malestares físicos e incapacidad para relajarse. Por último, el criterio somatomorfo expresa que se ha generado una somatización, mostrándose agotada, abatida y preocupada por la pérdida de salud, llegando a magnificar la enfermedad que padece.

En cuanto a patrones clínicos de personalidad, se obtuvo un indicador moderado en la escala depresión, seguido de un indicador sugestivo en la escala dependiente. Esto expresa un comportamiento introvertido, tímido, de preocupación extrema, y pesimismo, en sus relaciones interpersonales adopta un papel pasivo, con el fin de encontrar afecto, consejos y seguridad.

Por último, en síndromes clínicos graves, presenta indicadores sugestivos en las escalas de depresión mayor y desorden del pensamiento. Esto denota temor hacia el futuro, ideas suicidas, lamenta su estado triste, problemas de concentración, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, disminución en el apetito y pérdida de peso, agotamiento, insomnio y despertar precoz; además de, sensaciones de aislamiento incompreensión y una marcada sobrevaluación de su enfermedad. Las interpretaciones de las escalas concuerdan con los síntomas observados en la paciente.

### **Test de la figura humana de Karen Machover**

#### **Interpretación cualitativa:**

La paciente se desenvuelve de manera introvertida, con tendencia hacia la depresión, al pesimismo y a vivir del pasado, en sus relaciones interpersonales denota timidez, y busca la gratificación, significando también inseguridad, falta de confianza y un desequilibrio en su autoconcepto, es fácilmente influenciable, dejándose llevar por las opiniones de los demás.

### **V. RESUMEN:**

En cuanto a síndromes clínicos, se obtuvo un indicador alto en la escala Trastorno de Ansiedad, seguida de una puntuación sugestiva en la escala Trastorno Somatomorfo. Por otra parte, en patrones clínicos de personalidad, se obtuvo un indicador moderado en la escala depresión, seguido de un indicador sugestivo en la escala dependiente. Por

último, en síndromes clínicos graves, presenta indicadores sugestivos en las escalas de depresión mayor y desorden del pensamiento. Proyectivamente se desenvuelve de manera introvertida, con tendencia hacia la depresión, y a vivir del pasado, en sus relaciones interpersonales busca la gratificación, significando también inseguridad, es fácilmente influenciable, dejándose llevar por las opiniones de los demás.

**Arequipa, 18 de mayo del 2018.**

---

**Eber Gomez Gomez**  
**Bachiller en Psicología**

## INFORME PSICOLÓGICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y apellidos	: N. Z.
Edad	: 47 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 18-02-1971
Grado de instrucción	: Primaria incompleta
Estado civil	: Conviviente
Procedencia	: Juliaca
Ocupación	: Ama de casa
Religión	: Católica
Informante	: La paciente
Fechas de evaluación	: 01,03 y 07 de mayo del 2018
Lugar de evaluación	: Consultorio de psicología del HM
Examinador	: Eber Rogelio Gomez Gomez

### II. MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente se presenta a consulta acompañada de su amigo, el cual refiere que su amiga quiere suicidarse. Menciona sentirse desesperada, sin valor, preocupada, de llorar y no poder controlarlo, con dolores fuertes en la rodilla, despierta pensativa de una a dos veces en la madrugada, siente ardor en los ojos, punzones en el pecho, preocupada por no poder comer como antes. “Quiero morirme porque no aguanto mi situación”, “mucho daño me hice”, “no quiero ser un estorbo”.

### **III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:**

- Observación.
- Entrevista.
- Pruebas psicométricas:
  - Test Multiaxial de Theodore Millon III.
  - Test de la Figura Humana de Karen Machover.

### **IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:**

Paciente nació en el campo, atendida por una asistente de partos del lugar. Hija única, criada solamente por la madre, no fue reconocida por el padre. Estudió hasta tercero de primaria a la edad de trece años, resultándole difícil los estudios, por lo que decide abandonarlos y empezar a trabajar en la chacra. A los 12 aproximadamente sufrió de constantes caídas que impactaron en su rodilla, ocasionándole dolores fuertes, sufrió de papera, la que se curó a base de medicina natural. Desde pequeña se mostraba tímida, desconfiada y temerosa. A los 19 años viajó a Arequipa para trabajar con su madre en labores agrícolas, al pasar los meses su madre enferma gravemente, días después esta fallece, esta situación le llegó afectar bastante, sintiéndose muy sola. En los trabajos que tenía se sentía muy sola y triste por no tener a alguien junto a ella.

Tuvo su primer enamorado a los 20 años con quien inició su vida sexual, quedando embarazada. A los tres meses sufre un aborto y pierde al feto, a consecuencia de no brindarse los cuidados necesarios. Se sintió afectada emocionalmente, quedándose sola, pues la pareja de ese entonces la abandona por haber perdido al hijo. A los 24 años conoce a su pareja actual con quien tiene dos hijos. En sus dos embarazos se sintió muy afectada, presentando dolores fuertes en el cuerpo, preocupaciones, sentimientos de tristeza y disminución del apetito, califica estas situaciones de horrible. Actualmente vive en una casa de condición básica, trata de tener una relación intrafamiliar buena, en



ocasiones presenta discusiones con su pareja y con los familiares de este, por presentarse pensativa y triste. Sus hijos la entienden, pero se aburren, cuando en repetidas veces la escuchan hablar sobre su malestar. Como familia, en contadas ocasiones realizan actividades de recreación.

En el mes de marzo del 2018 los dolores en la rodilla se agravaron, sintiendo la obligación de visitar a un médico, recibiendo el diagnóstico de osteoporosis a la rodilla. Desde esta situación empezó a sentirse mal tanto física como psicológicamente, disminuyó su peso corporal, se alteró el sueño, presentaba insomnio, llanto, dolores en el pecho, debilidad y tristeza. Realiza plegarias para poder sanar, comparando su malestar como cuando estuvo embarazada.

#### **V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES:**

La paciente aparenta la edad que refiere, es de contextura gruesa y estatura pequeña de 1.51 metros aproximadamente; de vestimenta adecuada y sencilla; su estado ánimo y expresión facial son de tristeza, preocupación y embotamiento; sus ojos se muestran hinchados y rojizos, con tono de piel pálido; su tono de voz es débil, monótono, acompañado de suspiros al hablar; de postura cabizbaja y de caminar lento. Presenta inconvenientes en la orientación de espacio y tiempo. En cuanto a sus funciones psicológicas, tiene dificultades en la atención, lenguaje y pensamiento ya que, se muestra como ida, el curso del lenguaje es lento, con frases poco elaboradas y escasas, presenta ideas suicidas y sobrevaluadas de su enfermedad. Es consciente de su estado, pero no sabe cómo resolverlo y de que esta situación ha alterado su trabajo y relación intrafamiliar. Durante la entrevista, en repetidas veces hubo llanto intenso, manteniendo una actitud de sumisión.

## **VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:**

La paciente muestra un comportamiento introvertido, tímido y de preocupación extrema, muy tensa ante las demandas del medio, sensibilidad a flor de piel al pensar de quedar incapacitada físicamente. Suele ser influenciable, dejándose llevar por los consejos de los demás, muy susceptible a situaciones adversas, acentúa las impresiones del momento y tiende a sobrevalorar los problemas, lo que no ayuda a tener un adecuado discernimiento. Busca relacionarse con otros individuos pues siente miedo de quedarse sola, en estas relaciones adopta un papel pasivo, buscando apoyo, soporte emocional y consejos, lo que podría generarle una dependencia y no ser capaz de valerse por sus propios medios. Se muestra agotada, abatida y preocupada por la pérdida de salud, llegando a magnificar la enfermedad que padece. Se lamenta por su estado triste y por haberse perjudicado ella misma, sus sentimientos de inutilidad y sensaciones de aislamiento e incompreensión, le hacen percibir que su familia ya no la tolera, todo su sufrimiento lo expresa en querer suicidarse pues no quiere ser una carga más. Su malestar psíquico le ha generado una disminución del apetito, dolores de cabeza, insomnio, falta de concentración, un despertar precoz y pérdida de peso.

## **VII. DIAGNÓSTICO:**

Manifiesta una capacidad intelectual inferior al término medio; en tanto, su capacidad de juicio se encuentra distorsionada, pues expresa una preocupación extrema, presenta características de una personalidad insegura, sugestionable y ansiosa. Emocionalmente inestable, se siente triste, culpable, agobiada, muy tensa por lo que pueda pasar, tras ser diagnosticada de osteoporosis a la rodilla, expresando ideas suicidas, además de, una disminución del apetito, llanto intenso, insomnio, en sus relaciones interpersonales busca aprobación y soporte emocional, todos estos rasgos configuran un trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2).

**VIII. PRONÓSTICO:**

Reservado, por tener una enfermedad en la rodilla, que la imposibilitan de continuar laborando, dificultades en la esfera familiar ya que su entorno se muestra poco comprensible, además por las características de personalidad que manifiesta.

**IX. RECOMENDACIONES:**

Revisión médica especializada por manifestar osteoporosis en la rodilla.

Psicoterapia individual.

Psicoterapia familiar.

**Arequipa, 21 de mayo del 2018**

---

**Eber Gomez Gomez**  
**Bachiller en Psicología**

## PLAN PSICOTERAPÉUTICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y apellidos	: N. Z.
Edad	: 47 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 18-02-1971
Grado de instrucción	: Primaria incompleta
Estado civil	: Conviviente
Procedencia	: Juliaca
Ocupación	: Ama de casa
Religión	: Católica
Informante	: La paciente
Lugar de evaluación	: Consultorio de psicología del H.M
Examinador	: Eber Rogelio Gomez Gomez

### II. DIAGNÓSTICO:

Manifiesta una capacidad intelectual inferior al término medio; en tanto, su capacidad de juicio se encuentra distorsionada, pues expresa una preocupación extrema, presenta características de una personalidad insegura, sugestionable y ansiosa. Emocionalmente inestable, se siente triste, culpable, agobiada, muy tensa por lo que pueda pasar, tras ser diagnosticada de osteoporosis a la rodilla, expresando ideas suicidas, además de, una disminución del apetito, llanto intenso, insomnio, en sus relaciones interpersonales busca aprobación y soporte emocional, todos estos rasgos configuran un trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2).

### III. OBJETIVOS GENERALES:

Promover una actitud de aceptación y de cambio que le ayuden a mejorar su estado de ánimo, al igual que a reducir sus síntomas ansioso-depresivos y finalmente con el conocimiento aprendido poder prevenir posibles recaídas.

### IV. MODALIDAD TERAPÉUTICA

El plan psicoterapéutico tomara algunas pautas de la terapia Cognitivo- Conductual, incluyéndose técnicas de Psico-educación.

### V. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

<b>SESIÓN N° 1 y 2</b>	<b>PSICO-EDUCACIÓN SOBRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN</b>
<b>Objetivo</b>	Comprender que es la ansiedad y depresión, sus síntomas y como se manifiestan estas.
<b>Estrategia</b>	Explicación científica sobre la depresión, su carácter transitorio y del papel proactivo del paciente en prevención de recaídas.

<b>SESIÓN N° 3, 4 y 5</b>	<b>ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN MUSCULAR Y PLANIFICACIÓN GRADUAL DE ACTIVIDADES GRATIFICANTES</b>
<b>Objetivo</b>	Reducir la ansiedad y mejorar el estado de ánimo.  Incrementar actividades y sensaciones gratificantes.
<b>Estrategia</b>	Análisis de actividades gratificantes, pasadas, presentes y futuras.  Discusión de qué significa placentero.  Asignación de tareas sencillas.  Entrenamiento en relajación a través de la tensión y distinción de los diferentes grupos musculares del cuerpo.

	Fase 1. Relajación de brazos, fase 2. Del área facial, nuca, hombros y espalda; fase 3. Pecho, estómago y vientre; y fase 4. Caderas, muslos y pantorrillas, seguida de una relajación completa de todo el cuerpo.
--	--

<b>SESIÓN N° 6</b>	<b>RELACIÓN ENTRE PENSAR-SENTIR Y ACTUAR</b>
<b>Objetivo</b>	<p>Conocer como los pensamientos afectan el estado de ánimo.</p> <p>Identificar la relación existente entre el estado de ánimo y la salud.</p> <p>Comprender como las relaciones con personas influyen en el estado de ánimo.</p> <p>Tener un mayor control sobre los pensamientos automáticos.</p>
<b>Estrategia</b>	Explicación de la circularidad bidireccional de las cogniciones-emociones-conductas, con sus respectivos ejemplos, enfatizando la conveniencia de romper ese círculo, incrementando actividades positivas y organizando tareas cotidianas.

<b>SESIÓN N° 7 y 8</b>	<b>CREENCIAS IRRACIONALES Y PENSAMIENTOS AUTOMATICOS</b>
<b>Objetivos</b>	<p>Conocer que son las creencias irracionales</p> <p>Identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que producen emociones y conductas negativas.</p>
<b>Estrategia</b>	A través del conocimiento proporcionado, se le enseña a identificarlas, pues todos las usamos sin darnos cuenta; por ende, no nos ayudan a resolver nuestros problemas.

	<p>Análisis de los diferentes tipos de pensamientos que puedan generar o prevenir la ansiedad-depresión.</p> <p>Convertir lo negativo en adaptativo: pensando en términos realistas, invertir los pensamientos negativos por otros más adaptativos. No generalizar: no generalizar a raíz de aquellas experiencias negativas en ciertos ámbitos de la vida y aceptando el haber cometido errores en ciertos aspectos. Centrarnos en lo positivo: observación de los aspectos buenos. No compararse: Todas las personas somos diferentes; todos tenemos cualidades positivas y negativas. Confiar en nosotros mismos: aprender a confiar en sus capacidades. Aceptarnos a nosotros mismos: aceptar que, con sus cualidades y defectos. Tener una visión equitativa entre las cosas positivas y negativas., debido a la tendencia en personas con baja autoestima a no valorar los aspectos positivos y centrarse en los negativos no como una oportunidad para aprender sino como una constatación de su incapacidad.</p>
--	--

<b>SESIÓN N° 9</b>	<b>EXPOSICIÓN DE LOS SÍNTOMAS</b>
<b>Objetivo</b>	Enfrentar de modo gradual a las situaciones temidas sin evitarlas
<b>Estrategia</b>	Al evocar los síntomas presentados, el paciente tendrá que aceptarlos y vivirlos, hasta que modifique sus expectativas atemorizantes y termine por habituarse a ellas.

<b>SESIÓN N° 10</b>	<b>Orientación y consejería familiar</b>
<b>Objetivo</b>	Fortalecer la relación familiar
<b>Estrategia</b>	Establecer diálogo con la familia, haciéndoles saber el malestar de la paciente y de lo importante que son para su posterior recuperación. Brindarles pautas que deben seguir en causa y sobretodo de las dificultades en su relación que deben superar, generando un clima de confianza. También escuchar los puntos de vista de estos sobre cómo se sienten frente al malestar de la paciente.

<b>SESIÓN N° 11</b>	<b>RESOLUCIÓN EN PROBLEMAS</b>
<b>Objetivo</b>	Ayudar al paciente a que defina mejor sus problemas y generar soluciones alternas.  Contribuir a que se establezcan respuestas de afrontamiento más adaptativas.
<b>Estrategia</b>	Definir el problema: descripción de los problemas.  Generar soluciones alternativas: implica que se proporcionen ideas, eliminando las críticas.



	<p>Tomar una decisión: consiste en evaluar de forma realista las probables consecuencias de cada solución generada, con el fin de determinar la mejor estrategia para la situación particular.</p> <p>Llevar a la práctica la decisión y evaluar la solución: implica principalmente la observación y el registro de las consecuencias de las acciones.</p>
--	---

<b>SESIÓN N° 12</b>	<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>
<b>Objetivo</b>	Generar reflexiones sobre los avances realizados.
<b>Estrategia</b>	Se generan reflexiones finales sobre el tema, resolución de dudas, se realiza una valoración de la terapia y se comenta la utilidad de la misma, se anima a la participante a continuar con la misma actitud y su entrenamiento constante para su interiorización y se da paso a la despedida.

## **VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN**

La psicoterapia será planificada para un tiempo no menor de 3 meses, de una sesión por semana, siendo esta de una duración de 45 minutos, prolongándose según sea necesario.

## **VII. AVANCES TERAPÉUTICOS**

No se logró aplicar el plan establecido, ya que por motivos económicos y de un posible viaje, la paciente no pudo asistir a las sesiones.

**Arequipa, 25 de mayo del 2018.**

---

**Eber Gomez Gomez**  
**Bachiller en Psicología**

# ANEXOS



